ROK V WARSZAWA 1931 MAJ ZESZYT V

WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY PRZEGLĄDOWI FRANCUSKIEGO PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO I POTRZEBOM LEKARZA PRAKTYKA

REVUE MENSUELLE CONSACRÉE A LA LITTERATURE MEDICALE FRANÇAISE ET AUX BESOINS DU PRATICIEN

pod redakcją Doc. Dr. Wojciechowskiego

PRACE ORYGINALNE

„Przestrojenie" jako metoda lecznicza choroby Basedowa i stanów pokrewnych.*)

DR. STANISŁAW HIGIER.

Lecznictwo choroby Basedowa i pokrewnych jej stanów dysthyreotycznych opiera się, jak dotychczas, na zupełnie przypadkowych danych empirycznych, mimo iż wyodrębnienie powyższych stanów chorobowych jest zdobyczą ostatnich lat ośmdziesięciu, okresu tedy medycyny nowoczesnej, wyprowadzającej się z przesłanek ogólnych — biologicznych i patologicznych. Wystarczy krótki przegląd najbardziej rozpowszechnionych metod leczenia tych chorób, aby przekonać się, że niewspółmierność powyższa istnieje w całej rozciągłości. Tyle dziś modne leczenie jodem wprowadzane było do terapji Basedowa trzykrotnie, za każdym razem dzięki innego rodzaju przypadkowi, zapominane potem lub odrzucane na lat kilkanaście, aby wypłynąć znów jako zagadnienie medycyny praktycznej. Jest faktem niezbyt znanym, że jod dostał się do arsenału środków przeciwbasedowoidalnych po raz pierwszy dzięki pomyłce jednego z asystentów *Trousseau;* ten ostatni zapisał mianowicie jednemu z pacjentów szpitalnych krople naparstnicowe w celu zwalczenia tachykardji, tego tak banalnego objawu choroby Basedowa, oraz jodynę do użytku zewnętrznego; tymczasem, wskutek niedopatrzenia, pacjent otrzymywał przez kilka dni jodynę do wewnątrz, a smarowany był nalewką naparstnicy. W wyniku — wyraźna poprawa stanu zdrowia pacjenta i dalsze próby stosowania nalewki jodowej per os, próby, które zresztą w całym szeregu przypadków nietylko nie prowadziły do wyleczenia, ale powodowały wzmożenie się objawów chorobowych i wobec tego zaniechane być musiały. Po kilkunastu latach leczenia jodem wraca, tym razem znów wskutek przypadkowo niezłych wyników przy traktowaniu jodem wola basedowoidalnego, fałszywie zróżnicowanego jako wole endemiczne i leczonego wobec tego

*) Praca odznaczona na konkursie „Wiedzy Lekarskiej".

metodą Kochera. I, wreszcie, obecnie w ciągu ostatniego dziesięciolecia wypływa na forum dyskusji jod w dawkach homeopatycznych, wprowadzony naprzód w Ameryce przez lekarzy-praktyków (bardzo pojęciami swemi odległych od współczesnej patologji i patogenezy stanów dys i hyperthyrreotycznych), wkrótce już przyjęty *), ze wszystkiemi restrykcjami, naturalnie, przez medycynę światową.

Zupełnie podobnie przedstawia się sprawa i z innemi metodami leczniczemi omawianych cierpień. Czy to będzie chinina, użyta pierwotnie jako specificum przeciw stanom gorączkowym i podgorączkowym przy Basedowie; czy związki bromowe, wprowadzone jako próba objawowego zwalczania nerwowego niepokoju basedowików, czy aktinoterapja, próbowana w tej dziedzinie z lepszymi lub gorszymi wynikami, jednakże początkowo bez żadnych uzasadnień, czy, wkońcu, zabieg operacyjny, — wszystkie te metody miały naprzód podstawy wyłącznie empiryczne, do których dopiero ex post dorabiane były przesłanki teoretyczne i ogólno-patologiczne.

Sprawa staje się zrozumialsza w związku z nieustalonym dotychczas poglądem na istotę tych zachorzeń. Mimo to, a może właśnie dlatego, dotychczasowa terapja choroby Basedowa daje obfity materjał myślowy zarówno dla szukających nowych sposobów podejścia do zagadnienia stanów basedowoidalnych, jak i nowych dróg leczniczych.

Rzucają się tu bowiem w oczy dwie zasadnicze okoliczności: 1-o) że każdy z wymienionych środków leczniczych jest w stanie w całym szeregu przypadków wpłynąć istotnie, jeżeli nie uzdrawiająco, to w każdym razie, dodatnio na stan chorego, podczas gdy w innych przypadkach najzupełniej zawodzi; nie zdaje się to przytem zależeć ani od długotrwałości i nasilenia choroby, ani od czynników osobistych (konstytucyjnych lub konstelacyjnych) chorego; 2-o) że bardzo często dany środek lub dana metoda lecznicza zawodzi u pacjenta w jednym okresie choroby, podczas gdy później, w innym okresie, przynosi wyniki dodatnie, a nawet uleczenie; i tu również podkreślić trzeba, że zjawisko to nie pozostaje w żadnym związku z nasileniem objawów chorobowych, ani też, wbrew temu, co sądził szereg autorów dawniejszych, z jej długotrwałością.

Mimowoli nasuwa się przypuszczenie, że *wynik działania leczniczego rozmaitych czynników farmakodynamicznych lub fizykalnych przy chorobie Basedowa zależy od chwilowego stanu czynnościowego, od swoistego „nastawienia“ organizmu, jego układów lub narządów.*

Ten czynnik *wewnątrzpochodny*, jak wynikałoby z uprzednio powiedzianego, nie jest wartością stałą dla każdego danego indywiduum, ale zmieniać się może w sposób zasadniczy, często nie powodując przytem jednocześnie żadnych swoistych, a łatwych do stwierdzenia zmian w objawach chorobowych.

Dla lecznictwa ważnem byłoby określić ściśle, jakiego rodzaju jest to czynnik oraz, czy byłoby możliwem doświadczalnie wytwarzać go i wpływać nań a przez to i stosować w terapji.

Już dokładna analiza epikrytyczna materjału klinicznego, zarówno własnego, jak i podawanego w piśmiennictwie lekarskiem, prowadzi do ściślejszego oznaczenia powodów, które wywołać mogą zmiany w nastawieniu organizmu na bodźce, jakich używamy w naszej dotychczasowej, empirycznej terapji. Rzuca się przedewszystkiem w oczy fakt, że jakaś dana metoda lecznicza staje się skuteczna po zastosowaniu w okresie poprzedzającym innej określonej metody, która sama przez się nie prowadziła do żadnych dodatnich rezultatów. Przykładami takiej kumulacji działania „dwuokresowego“ może służyć: podawanie soli bromu i innych środków grupy „sedativa“ po galwanizacjach *(Vinchon)*, leczenie ergotaminą po naświetlaniach *(Merke)*, leczenie jodem po lub równocześnie ze środkami narkotycznymi grupy barbiturowej *(Bansi)* i t. d. Nawet tak popularna obecnie idea „przedoperacyjnego przygotowania“ basedowików jodem, według metody *Plummer'a* i *Boothby*, sprowadza się ostatecznie do takiej właśnie, złożonej, „dwufazowej“ terapji, gdyż, jak twierdzą autorzy amerykańscy, chodzi tu nietylko o lepsze warunki dla samego zabiegu operacyjnego, ale i o gwarancję, że zabieg będzie skuteczny na dalszą metę, że nie nastąpi po pewnym czasie wznowienie zespołu chorobowego wzgl. zespół hypothyrreotyczny.

*) Głównie dzięki wyczerpującym pracom *Boothby'ego*, *Williamsona* i in.

Ze swej strony przytoczymy dwa przypadki, w których bardzo wyraźnie uwydatnia się moment nowego nastawienia organizmu i zmiana w reagowaniu tego organizmu na ten sam czynnik leczniczy.

Z. K. mężatka, lat 32, u której w ciągu kilku miesięcy rozwija się typowy obraz choroby Basedowa. Objawy, początkowo dyskretne, nasilają się szczególnie w drugiem półroczu choroby, tak, że mniej więcej w półtora roku po zjawieniu się pierwszych objawów, stwierdza się objektywnie co następuje:

Gruczoł tarczykowy powiększony bardzo znacznie, symetryczny, konsystencji dość miękkiej, jednak nierównej; dobrze unaczyniony (szmery naczyniowe) wytrzeszcz miernego stopnia, obustronnie równy; częstoskurcz: tętno — 100 w pozycji leżącej, podnosi się do 120 przy staniu. Oprócz tej zasadniczej triady, szereg objawów drugorzędnych; stany podgorączkowe niestałe; zciemnienie powłok skórnych; wyraźnie zaznaczone objawy Graefego i Möbiusa; pobudliwość naczynioruchowa, przejawiająca się w objawach Maranona i Serejskiego; rozszerzenie amplitudy parcia krwi: 140/60 przy braku jakichkolwiek danych wady aortalnej (objaw Pende); drżenie dłoni i palców; tachypsychizm i wielka pobudliwość duchowa.

(Wywiady, tyczące się lat dawniejszych i dziedziczność — bez znaczenia; RW ujemna; badania Przemiany Spoczynkowej ani morfologicznego badania krwi nie przeprowadzono w tym czasie).

Leczenie *wstrzykiwaniami ergotaminy codziennie w ciągu 2-ch tygodni nie dało żadnych wyników;* stan chorej w ciągu dalszych czterech miesięcy nie zmienia się, jeżeli nie uwzględniać bardzo efemerycznych polepszeń lub pogorszeń. Zastosowano wówczas naświetlania roentgenowskie; w dwuch serjach, w odstępie trzech tygodni, również bez widocznego rezultatu, czy to miejscowego, czy ogólnego. Gdy jednak w sześć tygodni po ostatniem naświetlaniu wrócono z powrotem do *ergotaminy, dała ona wyraźne polepszenie;* już po kilku dniach stosowania. Po dwunastu dniach podawania pacjentce Gynergenu (preparat ergotaminy) naprzemian doustnie i podskórnie stwierdzić można było: wyraźne zmniejszenie się wola z osłabieniem miejscowych szmerów naczyniowych; tętno spadło do 84 — 90 uderzeń na minutę, bez wykazywania znaczniejszych wahań przy zmianie pozycji; parcie krwi wynosiło 130/75, samopoczucie wybitnie poprawiło się, a objawy psychiczne objektywne straciły na wyrazistości. Utrzymał się jedynie wytrzeszcz i zaciemnienie powłok skórnych, które to objawy wraz z umiarkowaną limfocytozą i eozynofilją trwają po dziś dzień. Chora, wykazując obecnie bardzo dyskretne objawy basedowizmu, uważa się za zdrową i zupełnie zdolną do pracy.

S. W., służąca, lat 38-u. Ostro, bo w ciągu dwuch tygodni rozwinął się u niej typowy zespół Basedowa. Chora, nie uskarżająca się do tego czasu na żadne dolegliwości nerwowe, staje się nad wyraz pobudliwą, miewa napady spazmatycznego płaczu niemal codziennie; uskarża się na drżenie rąk, wzmagające się przy wysiłku fizycznym, uczucie palenia i pocenia się dłoni i stóp; temperatura, stale podgorączkowa, podnosiła się kilkakrotnie powyżej 38°; zjawia się wytrzeszcz; „palpitacje serca" zupełnie uniemożliwiają pracę. Rozrostu gruczołu tarczykowego ani wogóle jakichkolwiek zmian w obwodzie szyi chora ani jej otoczenie nie zauważyło, natomiast zjawiły się nie dające się dokładniej określić przeszkody przy łykaniu i kaszlu.

Lekarz, do którego chora w tym czasie się zgłaszała zalecił jej przyjmowanie wyciągów jajnikowych (prawdopodobnie w związku z niedawno przebytem poronieniem samoistnem) oraz mieszanki chinino-bromowej. Dwa tygodnie powyższej kuracji nie wpłynęły dodatnio na stan chorej, u której, przeciwnie, subjektywnie nastąpiło pogorszenie. Chora zostaje umieszczona na jednym z oddziałów szpitalnych. Leczona jest, zresztą dość krótko, małymi dawkami jodu oraz wcierkami rtęciowymi (podejrzenie Lu., nie potwierdzone serologicznie; RW. dwukrotnie ujemna). Oprócz tego chora podlegała próbom farmakologicznym: prawdopodobnie adrenalinowej i atropinowej. Po trzech tygodniach chora wypisuje się na własne żądanie z wyraźnem pogorszeniem.

W tym czasie objektywny stan chorej przedstawiał się jak następuje: T° — 37.5 (w południe); skóra sucha i gorąca, jedynie na dłoniach spocona; wytrzeszcz średniego stopnia; objawy Graefego i Darlymple'a; drżenie języka; szyja o zarysach prawidłowych, bez widzialnego wola, mimo, iż pod powłokami dają się wymacać dość duże, niezbyt unaczynione płaty boczne gruczołu tarczykowego. Tętno — 90 w pozycji leżącej, podnosi się do 100 i wyżej przy wstawaniu, chwilami niemiarowe, szczególnie przy wszelkiej zmianie pozycji; wybitne drżenie palców u rąk; wzmożona pobudliwość mięśni na bodźce mechaniczne; nieznaczne objawy pozapiramidowe (zjawisko „koła zębatego" przy ruchach biernych kończyn górnych i głowy); ogromna pobudliwość psychiczna; wyraźna gonitwa myśli i szybkie zmiany nastroju o typie submanjakalnym.

W oczekiwaniu na możność powtórnego umieszczenia chorej w szpitalu zalecone jej zostaje ut aliquid datur przyjmowanie tej samej mieszanki chinino-bromowej i tego samego preparatu opoterapeutycznego, który pozostał jeszcze z przedszpitalnego okresu choroby. Ku zdumieniu lekarza *objawy chorobowe zaczynają się cofać,* dokładnie od pierwszego dnia tej kuracji, tak, że po dwudziestu dniach leczenia chora zaczyna powoli powracać do swych zajęć zawodowych, a po trzech miesiącach takiej kuracji, wspomaganej jedynie jeszcze ścisłą djetą beztryptofanową i małobiałkową, nie wykazuje już, oprócz przemijających przyśpieszeń tętna i nieznacznego drżenia rąk, żadnych objawów chorobowych.

Powyższe przypadki, ilustrujące w sposób oczywisty zmianę w reagowaniu ustroju na dany czynnik terapeutyczny, nie wyjaśniają naturalnie ani istoty „przestrojenia", któremu uległ chory organizm, ani bezpośredniego powodu tej przemiany. Można przypuszczać, że w pierwszym przypadku momentem przestrajającym były naświetlania roentgenowskie, w drugim —

leczenie jodowo-rtęciowe lub może adrenalina (?); jednakże przypuszczenia te, jakkolwiek prawdopodobne, nie dają żadnych wskazówek, pozwalających uzasadnić swoistą metodę leczniczą. Zresztą, w szeregu innych przypadków mogliśmy stwierdzić, że powyższe momenty „przestrajające" nie wykazują zupełnie podobnego działania, że więc nie mogą być uważane za swoiste nawet w ograniczonym zakresie leczenia dystyrreoz określonego napięcia.

W poszukiwaniu takich, jeżeli nie swoistych, to w każdym razie najskuteczniejszych środków „przestrojenia" ustroju basedowika niepodobna obejść współczesnych koncepcji, tyczących się istoty stanów dys i hyperthyrreotycznych wogóle, a choroby Graves-Basedowa w szczególności.

Niezależnie od różnic w poglądach na patogenezę choroby Basedowa, przyjąć można za dowiedzione istnienie trojakiego rodzaju zaburzeń, które stwarzają złożony obraz symptomatologiczny i kliniczny zachorzenia. Mamy tu przedewszystkiem do czynienia: 1) ze skazą w przemianie, szczególnie przemianie jodowej, tyroxynowej, tryptofanowej i białkowej (dla uproszczenia wyliczamy tu oddzielnie substancje, których przemiana ściśle się zazębia, gdyż jedne mogą być produktami przemiany drugich); 2) z zaburzeniami wewnątrzwydzielczymi, zwłaszcza, ale bynajmniej nie wyłącznie, w zakresie wydzielania wewnętrznego tarczycy (endokrinosis); 3) z zaburzeniami, wreszcie, w układzie nerwowym wegetacyjnym (sympatosis). Wiedza współczesna nie rozstrzygnęła przytem jeszcze, które z tych zaburzeń są pierwotne, a które wtórne, względnie jaki istnieje pomiędzy nimi związek przyczynowy. Wydaje się jednak, że współistnienie tego rodzaju zaburzeń, obejmujących trzy pierwszorzędnej wagi układy organizmu, czyli wyraźny już zespół basedowiczny, prowadzi do pewnego rodzaju błędnego koła. Przebieg i ostateczne zejście choroby Basedowa zależy prawdopodobnie w znacznym stopniu od słabszego lub intensywniejszego pobudzenia mechanizmów regulacyjnych, zdolnych do wyrównania przynajmniej jednego rodzaju z wymienionych zaburzeń.

Z punktu widzenia teoretycznego szukać więc należałoby czynnika „przestrojeniowego" wśród tych bodźców, które są w stanie „wstrząsnąć" czy to mechanizmami przemiany, czy to układem wewnątrzwydzielniczym, czy, wreszcie, całością układu wegetacyjnego. Jest zresztą oczywiste, że każdy bodziec przestrojeniowy działa przedewszystkiem poprzez układ wegetacyjny, jako odpowiednik czynności regulacyjnych; jednakże w pierwszym i drugim wypadku przestrojenie dotyczyć może drobnej tylko części tego układu, podczas gdy w ostatnim — obejmować będzie ono układ ten jako pewną fizjologiczną całość.

Jeżeli chodzi o pierwszą drogę — oddziałanie na mechanizm chorobowy poprzez *przestrojenie w zakresie czynności i mechanizmów przemiany*, to przykładem służyć tu bezwzględnie może kuracja djetetyczna; dla większości autorów jest to jednak leczenie objawowe, wzgl. odciążające, a nie przyczynowe. Pierwiastek „przestrojeniowy" djety basedowików podkreślony został po raz pierwszy bodaj że przez *König'a*, a sprowadzony głównie do alkalizacji, a przez to zobojętnienia pewnych patologicznych produktów przemiany. Po przeprowadzeniu takiej alkalizacji o wiele skuteczniej działać ma cały szereg środków swoistych, w pierwszym rzędzie zaś insulina. Jeżeli sądzić z piśmiennictwa kazuistycznego i przytaczanych danych statystycznych, metoda ta nie może, jak dotychczas, pochwalić się wyraźniejszymi wynikami dodatnimi.

Samo leczenie insuliną bywa również ujmowane jako próba przestrojenia, i to przedewszystkiem w zakresie mechanizmów przemiany. Część zwolenników tej terapji uzasadnia ją istotnie nietyle dążnością przeciwniczą (co jeszcze w stosunku do insuliny bynajmniej nie zostało dowiedzione ostatecznie), ile oddziaływaniem na wątrobę, zwłaszcza zaś na jej czynność syntetyzowania i magazynowania *(Prohazka)*.

W praktyce insulina nie ziściła dotychczas nadziei, jakie w niej można było pokładać, traktując ją z punktu widzenia działania przestrojeniowego. Jeżeli bowiem nawet pewne sukcesy lecznicze insuliny w Basedowie możnaby tłomaczyć takim właśnie mechanizmem jej działania, są one zbyt nikłe i efemeryczne, aby dawały prawo do uznania w niej swoistego środka terapji przestrojeniowej. Pozostaje to, być może, w związku z dawkowaniem, zupełnie

dowolnie zapożyczonem z lecznictwa innych jednostek chorobowych.

Teoretycznie więcej jeszcze zdawała się obiecywać syntalina jako substancja chemiczna, działająca na to samo ogniwo przemiany ustrojowej — wątrobę, w innym jednak kierunku, gdyż hamując przedewszystkiem zbytnią aktywność komórki wątrobowej.

Próby, które przeprowadziliśmy w tym względzie, stosując w 2-ch przypadkach choroby Basedowa niewielkie dawki syntaliny, wypadły ujemnie (również może ze względu na brak racjonalnego dawkowania).

W zakresie leczenia, które skierowane jest całkowicie lub między innymi ku *hormonalnemu przestrojeniu* ustroju, wymienić należy w pierwszym rzędzie podawanie thyreoidyny. Metoda ta przez większość autorów-praktyków uważana jest za niebezpieczną. *Kessel* i *Hyman*, nazywają ją wręcz „heroiczną“ i stosują jedynie w przypadkach najcięższych, niemal beznadziejnych, ostrych kryz basedowicznych, ze zdumiewającymi jakoby skutkami. (Wstrzyknięcia dożylne thyreoidyny lub tyroksyny codziennie przez kilka dni). *Rogers* zachwala bardzo równoczesne podawanie tyroksyny i adrenaliny w przypadkach przewlekłych i łagodniejszych.

O pierwiastku „przestrojeniowym“ działania insuliny przy Basedowie mówiliśmy już powyżej. Jest rzeczą oczywistą, że dopatrzyć go się można również we wpływie insuliny na przebieg indywidualnej wydzielniczości dokrewnej *(Florentin)*.

Najwięcej podstaw wydaje się mieć jednak dążenie do *bezpośredniego przestrajania układu wegetacyjnego*, zarówno dlatego, że układ ten wciągnięty jest sam bardzo zasadniczo w mechanizm patogenetyczny choroby Basedowa i stanów pokrewnych, jak i dlatego, że zawiaduje on regulacją wszystkich innych układów w grę wciągniętych.

W tym zakresie jednakże dotychczas dokonano bardzo niewiele.

Feldman, *Kertesz* i inni konsekwentnie podkreślają znacznenie klimatoterapji, a mianowicie powietrza górskiego, jako czynnika przestrojeniowego. Istota tego rodzaju leczenia polegać ma na zmniejszeniu napięcia kwasowęglowego we krwi, a przez to, pośrednio, prowadzić do zakwaszenia ustroju i nowego nastawienia zakończeń układu wegetacyjnego na bodźce wewnątrzpochodne *(Feldman)*. Próby dokonania podobnego „przestrojenia“ w kamerze o niskiem ciśnieniu nie wypadają jednak zawsze zachęcająco.

Sprawa bezpośredniego zakwaszenia lub zalkalizowania organizmu środkami chemicznymi lub farmakologicznymi nie weszła jeszcze na tory praktyczne, prawdopodobnie dlatego, że nie jest dotychczas rozstrzygnięte w jakim kierunku zmienia się izojonja ustroju i jego zasoby buforowe w stanach basedowoidalnych; podczas, gdy jedni badacze twierdzą o wyraźnem zakwaszeniu ustroju w Basedowie *(König)*, inni stwierdzają raczej zalkalizowanie, wzgl. tylko większą, niż normalnie niestałość (jakościowe zmiany w zasobie zasad?).

Szereg autorów podkreśla „przestrojeniowy“ charakter kuracji jodowych. Odnajdziemy potwierdzenie tego punktu widzenia w doświadczeniach pracownianych. Między innymi *Zondek* i *Behrent* stwierdzili znaczne zmiany w reagowaniu ustroju na adrenalinę po uprzedniem podawaniu mu przez pewien czas małych dawek jodu. Pobudliwość basedowików na adrenalinę, przejawiająca się w znanej i bodaj patognomicznej próbie Goetsch'a (podanie dawki normalnie podprogowej 0,5 ccm roztworu adrenaliny 1 : 10000 podskórnie, która u basedowików powoduje szereg odczynów ze strony układu krwionośnego i psychiki) istotnie ulega przy kuracji jodowej wielkiemu zahamowaniu. Jednakże, cofanie się objawów klinicznych nie idzie zazwyczaj równolegle do tych zmian. Zarówno metoda małych dawek jodu, jak i ‚uderzeń“ jodowych *(Neisser, Veill)* znajduje się dzisiaj pod znakiem zapytania jako leczenie swoiste choroby Basedowa. Nie umniejsza to naturalnie w niczem jej znaczenia „przygotowawczego“, przedoperacyjnego lub pomocniczego.

Mając wszystko powyższe na uwadze, postanowiliśmy wypróbować, czy nie udałoby się dokonać *leczniczego przestrojenia układu sympatycznego wapnem.* Wapń jest tym pierwiastkiem chemicznym, którego jony bezpośrednio wpływają na stan zakończeń wegetacyjnych; wzajemne ustosunkowanie jonów wapnia i potasu jest przytem czynnikiem decydującym dla stanu czynnościowego zarówno całego układu

wegetacyjnego, jak i dla biochemji komórkowej narządów końcowych, mogących wpływać pośrednio na ten układ.

Z drugiej strony działanie leczniczych dawek wapnia jest tego rodzaju, że wzmagając nieznacznie napięcie układu sympatycznego, zmniejszają pobudliwość zarówno sympatyczną, jak i parasympatyczną na wszelkie bodźce, zarówno zzewnątrzpochodne, jak i dokrewne. W ten sposób można z czystem sumieniem przystąpić do odpowiednich prób leczniczych; gdyby nawet bowiem nie udało się doprowadzić do zasadniczego, uzdrawiającego „przestrojenia“ wapniem, to działanie jego w każdym razie nie mogłoby sprowadzić wzmożenia objawów patologicznych, przyśpieszenia ruchu błędnego koła basedowizmu, jak to czyni w niektórych przypadkach jod.

Co się tyczy postaci, wzgl. preparatu wapnia, to, pragnąc uniknąć przypadkowego działania odpowiedniej substancji na inne mechanizmy równowagi ustrojowej, wykluczyć należało z prób zarówno chlorek wapnia (który powodować ma zakwaszenie ustroju), jak i mleczan (prowadzący do alkalizacji). Ze względu zaś na zarzuty, tyczące się wprowadzania wapna doustnie (mała przyswajalność) i wątpliwości przy wprowadzaniu go dożylnem (kilka zasadniczo przeciwnych faz działania) wybraliśmy drogę wprowadzania wstrzyknięć domięśniowych. Używaliśmy preparatu „Glucalciny“, raz jeden zagranicznej „Kalziny“. Tam, gdzie można było przypuszczać, że, mimo wprowadzanego wapnia *) równowaga jonowa, nie ulega przesunięciu, stosowaliśmy jednocześnie opoterapję przytarczykową w postaci tabletek Parathyroideae. Ogółem leczenie to konsekwentnie przeprowadziliśmy w czterech przypadkach *) z wynikami naogół dodatnimi.

Z. L., urzędnik bankowy, lat 48 wykazuje objawy dysthyrreozy od lat siedmiu: zjawiło się wole, wytrzeszcz, drżenie rąk, okresowe biegunki oraz napady „wilczego“ głodu i wzmożonego pragnienia, szybkie łysienie, wzmożenie pobudliwości psychicznej, zaburzenia w sferze płciowej. Dolegliwości te wzrastały powoli w ciągu dwóch pierwszych lat choroby, potem ustaliły się mniej więcej na jednym poziomie, nie przeszkadzając choremu w jego pracy zawodowej. Od roku — szybko postępujące pogorszenie. Zwłaszcza wzmogły się objawy psychiczne i ze strony układu pokarmowego. Chory musiał kilkakrotnie przerywać swą pracę na czas dłuższy; ostatnio nie pracuje od 2-ch miesięcy.

Stan obecny: wole dość duże, asymetryczne, z wybitniejszym rozrostem płatu prawego, konsystencji chrząstkowej, mało unaczynione; wytrzeszcz wybitny, symetryczny; tętno przyśpieszone: 92 w pozycji leżącej, podnosi się do 108 i wyżej w pozycji stojącej chorego. Poza tem: zciemnienie barwy skóry dokoła oczodołów; na szyi, karku i nad mostkiem skóra wybitnie zaczerwieniona; kilka niewielkich naczyniaków podskórnych na głowie; oczy silnie błyszczące; objawy Graefego, Möbiusa i Darlymple‘a silnie wyrażone; serce duże, zarówno wypukowo, jak i roentgenoskopowo; mitralne; wysłuchowo, oprócz wzmożonej siły tonów i przydźwięku metalicznego drugiego tonu nad aortą, żadnych odstępstw od normy nie stwierdza się; parcie krwi 170/80 (amplituda — 90!); wybitnie zaznaczone drżenie palców i dłoni; rzucająca się w oczy zmienność nastroju psychicznego i pobudliwość na bodźce zewnętrzne.

Rw — ujemna. Obraz krwi wykazuje 48% limfocytów przy 8900 c. b. W moczu wzmożona ilość urobilinogenu i urobilina. Przemiana spoczynkowa (badana przed miesiącem w klinice wiedeńskiej) wzmożona o 38%. Próba adrenalinowa Goetsch‘a wypada dodatnio.

Choremu zalecono całkowity spokój, leżenie, dyjetę beztryptofanową oraz ergotaminę naprzemian podskórnie i per os. Po dwuch tygodniach stan chorego uległ bardzo niewielkiej zmianie, wykazując jedynie zmniejszenie pobudliwości tętna i amplitudy ciśnienia (140/80).

Wobec czego choremu przepisano *wstrzykiwania wapna domięśniowo*, w postaci Glucalciny, co drugi dzień od 5 ccm. począwszy. Po 12 dniach stan objektywnie i subjektywnie bez zmiany. Próba Goetsch‘a wykazuje jednakże wyraźnie zmniejszoną pobudliwość hormono-dynamiczną (podniesienie się tętna o 4, brak odczynu ze strony parcia krwi). Chory otrzymał jeszcze dwa wstrzyknięcia, poczem tygodniowy odpoczynek od wszelkiej kuracji. Po odpoczynku — ergotamina, jak poprzednio. Począwszy od piątego, szóstego dnia stan zaczyna się *wybitnie poprawiać*. Po dwóch tygodniach stwierdza się: wole nieco mniejsze i jakby równiejsze w konsystencji; zaczerwienienie na szyji i mostku znikło zupełnie; tętno spadło do 80 w pozycji leżącej, a 84—88 w stojącej; chory spokojniejszy, o nastroju optymistycznym równym; samopoczucie doskonałe; parcie krwi 140/90. Choremu pozwolono wstawać i powoli przyzwyczajać się do zwykłego trybu życia. Po sześciu tygodniach, podczas których zażywane były jedynie łagodne środki uspakajające (brom, adalina, passiflorina) poprawa posuwa się o tyle, że chory wrócić może do swej pracy zawodowej, twierdząc, że czuje się zupełnie zdrów.

Z dodatkowych danych katamnestycznych okazuje się, że w ciągu następnych ósmiu miesięcy

---

*) Zaznaczyć warto, że zdania co do poziomu Ca we krwi w Basedowie są podzielone. *Montanari* mówi o zmniejszeniu się wapnia, *Waldorp* — przeciwnie.

*) Kwoli ścisłości stwierdzamy, że poza tem w jednym przypadku leczenie zostało przerwane po czwartem wstrzyknięciu na żądanie chorej, w związku z nieznacznem pogorszeniem.

osobnik powyższy żadnych wybitniejszych dolegliwości nie odczuwał: pozostał mu jedynie wytrzeszcz, ciemne zabarwienie dokoła oczu i okresowe biegunki, o wiele słabszego, niż dawniej, stopnia.

K. B., nauczycielka, lat 24, zachorowała mniej więcej przed ośmioma miesiącami, wykazując pierwotnie niemal wyłącznie objawy nadmiernej pobudliwości nerwowej i bóle głowy o charakterze migrenowym. Powoli zaczęło zmieniać się usposobienie na drażliwe i niestałe. Przed 5-oma miesiącami zauważyła nasilający się wytrzeszcz. Od dwuch miesięcy „rośnie jej szyja".

Częste napady lęku i palpitacji serca; biegunki po spożyciu potraw tłustych; dwukrotnie wymioty, trwające przeszło dobę. Leczona naświetlaniami Roentgena bez dodatniego wyniku.

Matka chorej cierpi oddawna na uporczywe migreny; siostra matki cierpiała na chorobę Basedowa.

Stan obecny wykazuje: wole miękkie, szeroko rozlewające się na boki, nie dające się dokładnie palpacyjnie odgraniczyć; wytrzeszcz średniego stopnia, przyśpieszenie tętna do 100 bez różnicy na pozycję chorej. Pozatem: To 37.2; odżywiania bardzo lichego; skóra na twarzy i na ciele bardzo wiotka, zwisa gdzie niegdzie fałdami (chora, jak się okazuje, straciła w ciągu ostatniego roku koło 10 klg. wagi); zabarwienie powłok skórnych podżółtaczkowe na całem ciele, śluzówek — wybitnie blade; w płucach wypukowo i wysłuchowo objawy przebytej sprawy szczytowej, zwłaszcza w lewem płucu; rozdwojenie pierwszego tonu słyszalne we wszystkich punktach, nad wierzchołkiem cichy szmerek skurczowy, nie przewodzony w żadnym kierunku; (wypukowo serce małe, wątroba niepowiększona, obrzęków niema i nie było, objawów subjektywnych niedomogi sercowej przed obecną chorobą nie było). Parcie krwi 120/80.

Badanie morfologiczne krwi wykazuje m. in.: ciałek czerwonych 4.000000 przy wskaźniku hb. 0,68; ciałek białych 8.200 z 38% limfocytów i 9% monocytów.

Chora otrzymuje *12 wstrzyknięć Glucalciny*, co drugi dzień wstrzyknięcie domięśniowe oraz mieszankę walerjanowo-bromową. Ponieważ po kilku pierwszych wstrzyknięciach stwierdzało się raczej pogorszenie w stanie chorej, a szczególnie wzmogły się objawy pobudliwości mięśniowej i nerwowej (Chvostek!), w myśl koncepcji Collip'a i Csepai'a chorej dodano jeszcze opoterapję przytarczykową w postaci tabletek (Parke, Davies), ogółem 30 tabletek w ciągu 15-u dni. Już w tym okresie stan chorej zaczyna się poprawiać zarówno pod względem subjektywnym, jak i objektywnym. Po ostatniem wstrzyknięciu przerwa kilkodniowa w leczeniu, poczem chora otrzymuje jedynie mieszankę chinino-bromo-walerjanową i djetę mleczno-jarzynową. *Poprawa* idzie w dalszym ciągu szybkiemi krokami naprzód. Po miesiącu stan chorej wykazuje: zmniejszenie się wola; zniknięcie objawów Graefego i Stellwaga; zmniejszenie się wytrzeszczu; tętno 84—88; parcie krwi 120/90; objaw Chvostka ledwie zaznaczony; szmer skurczowy znikł; waga podniosła się o 3½ klg.; obraz krwi zmienił się w zakresie wskaźnika hb., który wzrósł do 0.76 i zmniejszenia się limfocytozy (do 5.800 c. b.). Bole głowy zniknęły niemal całkowicie, napadów lęku nie bywa; subjektywnie chora czuje się doskonale.

Z katamnezy dodać warto, że obecnie chora jest w ciąży, która przebiega zupełnie prawidłowo.

M. J. lat 49, czuje się chorą od pięciu lat. Do ostatnich miesięcy objawy tyczyły się wyłącznie wzmożonej pobudliwości, bezprzyczynowych stanów przygnębienia, przemijających lęków, zrzadka palpitacji serca. Szyja z wygórowaniem w okolicy tarczycy oddawna. Przed pół rokiem u chorej po raz pierwszy nie zjawiły się menses, co podziałało na nią w sposób przygnębiający; objawy nerwowe wybitnie się nasiliły; w następnym miesiącu, mimo prawidłowej miesiączki, stan pogorszył się jeszcze bardziej: subjektywne objawy sercowe wzmogły się, zjawiło się drżenie rąk, silne pocenie się, biegunki. Pozatem chora zaczęła łysieć w niezwykle szybkiem tempie, a wszystkie środki, aplikowane miejscowo okazywały się bezskuteczne.

Stan obecny: T° 37.I. Wole twardawe, niezbyt wielkie, wytrzeszcz małego stopnia. Tętno — 88 w pozycji leżącej, 100 i więcej w pozycji stojącej. Poza tem: skóra na całem tułowiu ciemna, gorąca, na szyi i dłoniach silnie spocona; na głowie, brwiach i na wzgórzu Wenery uwłosienie bardzo rzadkie, natomiast wyraźny meszek nad wargą górną. Objaw Möbiusa. Tony serca bardzo silne; szmer skurczowy nad aortą. Przy zmianie pozycji i po wysiłku fizycznym występuje niemiarowość z wypadaniem pojedyńczych fal na tętnie promieniowem. Parcie krwi 180/100. Drżenie palców u rąk. Wygórowanie odruchów ścięgnistych i okostnych. Clonus pedis.

Obraz morfologiczny krwi wykazuje wyraźną limfocytozę (50% — z czego połowa wielkich limfocytów), oraz eozynofilję (6%). Próba Goetsch'a wybitnie dodatnia (parcie krwi skurczowe podniosło się do 220 !).

Chorą leczono do tego czasu preparatami jajnikowymi, jodem i lekkimi środkami nasercowymi. Po zbadaniu odstawiono jod, dodano natomiast wstrzykiwania fosforowo-arsenowe. Pogorszenie przybiera postać kryzy. Biegunki codzienne. Niemiarowość akcji serca wzrasta, przyjmując chwilami charakter niemiarowości zupełnej. Zjawiają się napady duszności. Chora wybitnie niespokojna, od czasu do czasu bredzi.

Wobec czego chorej zalecono wstrzykiwania digitaliny oraz preparat walerjanowo-bromowy dowewnątrz. Inne leki odstawiono, natomiast przystąpiono (tytułem krótkotrwałej początkowo próby) do *wstrzykiwań wapniowych* **co drugi dzień.** Wynik był nadspodziewany. W ciągu 6 dni kryza minęła całkowicie i chora powróciła do stanu z przed kilku tygodni. W ciągu dalszych wstrzykiwań wapnia — ogółem było 10 wstrzyknięć po 5—8 ccm — poprawa już mniej wyraźna. Jednakże, gdy po odstawieniu wapna wrócono do kuracji poprzedniej: preparatu jajnikowego oraz fosforowo-arsenowego, chora szybko zaczęła wracać do zdrowia. W trzy miesiące po kryzie stan chorej zmienił się, jak następuje: tętno 76, parcie krwi 170/120; niemiarowości akcji serca nie stwierdza się. Odruchy lekko wzmożone. Drżenie palców u rąk minimalne. Samopoczucie bardzo dobre. Obraz krwi wykazuje nieznaczną limfocytozę (38%) i monocytozę. Natomiast wole nietylko nie zmniejszyło się, ale wyraźnie urosło. Miesiączki, jakkol-

wiek skąpe zjawiają się w odstępach prawidłowych. Biegunki zdarzają się sporadycznie w lekkiej postaci.

W. K. artystka lat 30, datuje początek swej choroby przed 8-oma miesiąca. jawiły się biegunki, mdłości, czasami silny głód, który przechodził przy spożywaniu pierwszych kęsów pokarmu, bezsenność, drżenie rąk i nóg. Przed czterema miesiącami chora zauważyła powiększające się wole; mniej więcej w tym samym czasie otoczenie stwierdziło zmiany w oczach: silne błyszczenie i zmniejszoną ruchliwość gałek. Choroba rozwija się powoli, lecz stale. Od trzech miesięcy chora niezdolna jest do pracy; od miesiąca nie wychodzi, gdyż nie może chodzić po schodach. Poza tem od dwuch miesięcy brak miesiączki i wybitne podniecenie płciowe, nie dające się zaspokoić drogą normalną, ani opanować narkotykami.

Stan obecny wykazuje: wole dość duże, symetryczne, miękkie z guzowatościami; wytrzeszcz niewielki, głównie po stronie lewej; tętno koło 100 zarówno w pozycji stojącej, jak i leżącej. Pozatem: skóra gorąca, silnie pocąca się, zwłaszcza na szyi, tułowiu i dłoniach; objaw Möbiusa; drżenie palców u rąk; lekko zaznaczona niezborność w kończynach górnych; powłoki brzuszne nieco napięte; wyczuwa się poprzez nie wzdęte jelita. Wybitna pobudliwość psychiczna i gonitwa myśli o typie submanjakalnym.

Przemiana spoczynkowa wzmożona o 20%. Próba Goetsch'a wypada dodatnio.

Chora, leczona dotychczas środkami uspokajającymi, hydroterapją i djetą, otrzymuje prócz tego jeszcze jod w dawkach homeopatycznych: trzy razy dziennie po 2 krople Lugola. 10 dni tego regime'u nie sprowadza żadnego polepszenia.

Nie odstawiając jodu całkowicie (dla uniknięcia t. zw. odczynu jodowego), a tylko zmniejszywszy do połowy jego dawkę, przystąpiono do *wstrzykiwań wapna* (co drugi dzień po 10 ccm. Glucalciny). Od szóstego zastrzyku począwszy podając równocześnie doustnie tabletki parathyreoideae. Poprawa rozpoczęła się dopiero przy ostatnich wstrzyknięciach. Po zakończonej kuracji wapniowej podawano jod w coraz to mniejszych dawkach oraz preparat fosforowo-arsenowy. Objawy chorobowe zmniejszały się coraz bardziej, tak, że w miesiąc po ostatniem wstrzyknięciu wapnia chora uważała się za zdrową i wróciła do pracy zawodowej.

W tym czasie nastąpiło jednak znów wyraźne pogorszenie pod względem subjektywnym (być może, w związku z przerwaniem kuracji jodowej). Po tygodniu zabroniono chorej pracować i poniekąd na własną jej prośbę przepisano 5 wstrzyknięć Glucalsiny równocześnie z przyjmowaniem wyciągu przytarczycznego doustnie. Po dziesięciu dniach (a więc dopiero po ukończeniu serji wstrzyknięć) poprawa wystąpiła powtórnie, tym razem prowadząc szybkimi krokami do uzdrowienia. W chwili obecnej — 3 miesiące od drugiej serji leczenia wapnem — chora poza słabo wyrażonym objawem Möbiusa i Stellwaga, żadnych odchyleń od normy nie wykazuje. Subjektywnie czuje się zupełnie dobrze. Pracuje zawodowo. Próba Goetsch'a wypada ujemnie.

Powyższe przypadki, jakkolwiek nieliczne, mogą być dowodem pomyślnego wpływu leczenia wapnem średnich i cięższych postaci choroby Basedowa. Przebieg leczenia, zwłaszcza występowanie poprawy w pewien czas po zastosowaniu tego leczenia i dalszy szybki rozwój zdrowienia, już w trakcie kuracji objawowymi, często uprzednio zupełnie nieskutecznymi, środkami przemawiają za tem, że istota kuracji wapniowej polega na czynnościowym przestrojeniu organizmu chorego. Potwierdza to badanie próbą Goetsch'a, której wynik ujemny jest często pierwszym zwiastunem mającej nastąpić wskutek przestrojenia poprawy. Jest przytem rzeczą charakterystyczną, że przy powyższym leczeniu poprawa obejmuje zazwyczaj równocześnie cały zespół objawów patologicznych (a nie, jak to zauważono przy innych metodach leczniczych tylko pewne części tego zespołu, np. głównie nieprawidłową przemianę materji i energji, zaburzenia sercowe, pokarmowe lub miejscowe) z wyjątkiem może trudniej odwracalnych zmian w samym gruczole i ustawieniu gałek ocznych. Przemawia to również za tem, że cały ustrój ulega przy tej kuracji nowemu „nastawieniu", że odnajduje on nową równowagę, przy której szybko uporać się może z chorobowymi mechanizmami, jakie się w nim rozwinęły.

Na zasadzie wszystkiego powyższego wysnuć możemy następujące wnioski zasadnicze:

1) Dotychczasowe, czysto empiryczne, co do pochodzenia, a objawowe pod względem kierunku, lecznictwo choroby Basedowa i stanów pokrewnych dawało wyniki niepewne i przypadkowe. Wyleczenie następowało często po długotrwałych i żmudnych próbach stosowania rozmaitych środków, prawdopodobnie wskutek szczęśliwego zbiegu okoliczności, prowadzących mimowoli do „przestrojenia" chorego organizmu.

2) Dopóki nie będzie nam znana szczegółowo istota dysthyrreoz basedowicznych i basedowoidalnych i ich patogeneza, racjonalnem wydaje się leczenie ich drogą zasadniczego przestrojenia ustroju. W ten sposób doprowadzić można do przerwania błędnego koła chorobowych mechanizmów w zakresie przemiany, wydzielania dokrewnego i układu wegetacyjnego, mechanizmów, które się zazębiają o siebie i wzajemnie się potęgują.

3) Ze wszystkich znanych nam dotychczas sposobów przestrojenia ustroju najbardziej celowem jest bezpośrednie przestrojenie układu nerwowego wegetacyjnego wapniem. Działamy bowiem wtedy na całość mechanizmów patologicznych choroby Basedowa i nie narażamy chorego na szkodliwe działania uboczne.

Kilka leczonych tą metodą przypadków choroby Basedowa potwierdza słuszność powyższych wniosków i upoważnia do dalsze-

go stosowania wapnia w postaci preparatów domięśniowych w tym zachorzeniu. Leczenie takie winno być dopełniane i wzmacniane środkami, działającymi objawowo, lub ogólnie. W wypadku stwierdzonej analitycznie lub klinicznie niedostatecznej przyswajalności wapnia przez organizm chorego, winny być równocześnie podawane wyciągi gruczołów przytarczycznych.

Piśmiennictwo.

1) *Apert E.* w Nouveau Traité de Medecine (Roger - Vidal - Teissier) t. VIII. 2) *Bansi* i *Kretzchmer* — Klin. Woch. 1929. 3) *Dresel, Goldner* i *Himmelweit* — Dtsch. med. Woch. 1929. 4) *Hoff F.* w Umstimmung als Behandlungsweg (Determann) 1930. 5) *Feldmann L.* — D. med. Woch. 1928. 6) *Laroche, Camus* i *Lelourdy* — Rev. franc. d'endocrinologie 1928. 7) *Labbé, Justin - Besancon* — Bull. d. Hop. 1929. 9) *Ptaszek L.* i *Szuderski M.* — Polsk. Arch. Med. Wewn. 1928. 10) *Vignal* i *De Prades* — Evol. med. — chir. 1926. 11) *Boothby* — Endocrinol. 1929 (cefer). 12) *König F.* — Klin. Woch. 1929 (refer.). 13) *Waldorp* i *Trelles* — Cpt: rend. d. biol. (refer.). 14) *Montenari* — Riv. clin. med. 1928 (cit.).

„Z powrotem do Hippokratesa!"

DR. LEON ZAMENHOF.

Z górą dwa tysiące lat upłynęło od czasu założenia podwalin racjonalnej medycyny. Zaiste imponujący był pochód wiedzy naszej przez ten okres czasu. I choć linja jego nieraz załamywała się, naogół kierunek jej, można rzec, był prosty-ewolucyjny.

I oto dziś, po tylu latach, po tylu mozolnie dokonanych zdobyczach nagle rozlega się okrzyk, nawołujący do cofnięcia się do najbardziej odległego czasu naszej nauki — do czasów *Hippokratesa* i jego szkoły. Czy ma być to świadectwem bankructwa naszej całej dotychczasowej wiedzy, czy też aktem zwątpienia o jej istotnej wartości. Odpowiedź na to nie będzie trudna, jeżeli nieco więcej zgłębimy dzieje ostatniego stulecia medycyny.

Przez przeszło dwadzieścia wieków sztuka lekarska była ściśle związana z filozofją i przyrodoznawstwem, które wyryły na niej piętno kierunku witalistycznego. W witalizm wierzył nietylko chory lecz i lekarz, który patrzał na świat z szerszego punktu widzenia, a nie z ograniczonego stanowiska doktryny. Schyłek ubiegłego stulecia, który odznaczył się raptownym zwrotem w kierunku materjalizmu we wszystkich dziedzinach nauk, nie pozostał bez wpływu również na medycynę. Po idealiźmie *Kanta,* zapanował wszechwładnie materjalizm *Vogta, Moleschotta* i innych. Medycyna znalazła dla siebie wybitnego orędownika nowego prądu w osobach *Virchowa,* który swoją teorją komórkową zadał dotkliwy cios witalizmowi. Teorja *Virchowa* wkrótce okazała się zbyt słabą dla obalenia od tysiącleci trwającego prądu w medycynie. Nowowprowadzone pojęcia nie mogły zastąpić starych i wkrótce okazały się niewystarczającemi. *Virchow* sam cofnął się ze swego bezwzględnego stanowiska, wprowadziwszy nowe pojęcie *neowitalizmu,* który obok fizykalno-chemicznej siły w komórkach *(Molekularkraft)* wprowadził drugą, tak zw. siłę życiową *(Lebenskraft).* Lecz to cofnięcie się *Virchowa* nie uratowało sytuacji. Ideologja lekarska wstąpiła na szerokie tory materjalizmu, który więcej odpowiadał nowym poglądom nauki niż niejasne, mgliste teorje kierunków poprzednich. Medycyna wyzwoliła się zupełnie z więzów naturalistyczno-filozoficznych i stanęła w szeregu nauk ścisłych.

Materjalizm *Virchowa* zachwiał się wprawdzie prędko, lecz pozostawił głęboki osad w umysłowości świata lekarskiego. *„Omnis cellula e cellula"* zwężyła światopogląd lekarzy do wielkości pola mikroskopowego, na którem wciąż usiłuje się rozwiązać wszystkie zagadnienia medycyny. Odrzucono jako balast to, co przez tyle wieków uchodziło za nieodłączny atrybut wykształcenia lekarskiego — jego wiedzę przyrodniczo - filozoficzną. Znikają zupełnie z widowni lekarze myśliciele, społecznicy, miejsce ich zajął wszechwładnie zapatrzony w jeden punkt widzenia nowoczesny badacz laboratoryjny, który znakomicie da się scharakteryzować słowami *Mickiewicza,* że „zna on martwe prawdy, widzi świat w proszku, w każdej gwiazd iskierce, lecz nie zna prawd żywych". Wzrósł do olbrzymiej potęgi gmach nowo-

czesnej medycyny, lecz jednocześnie zmalały zupełnie postacie jego kapłanów.

Rozluźnione cugle materjalizmu, nie zastąpione innemi więzami, musiały sprowadzić ideologję medyczną na bezdroża. Zupełnie niepostrzeżenie dla nas nie *experimentum ac ratio Hippokratesa*, lecz coraz częściej apriorystyczne przesłanki stają się źródłem nowych badań, nowych teoryj. Nic więc dziwnego, że medycyna została zachwaszczona pseudonaukowością, która podrywa zaufanie do naszej nienormalnie wybujałej literatury. Z chaosu tego korzysta coraz więcej do olbrzymich rozmiarów rozwinięta chirurgja, usiłująca rozwiązać wszystko za pomocą cięcia gordyjskiego. Jeżeli dołączymy do tego obraz nowoczesnej farmakoterapji z jej często apriorystycznym kierunkiem, to nietrudno będzie zrozumieć, dlaczego zaczynają rozlegać się coraz częściej głosy, nawołujące do opamiętania się, a nawet do nihilizmu.

Orędownicy odrodzenia medycyny, jak *Aschner*, *Bier* i inni, wysuwają najskrajniejsze hasła — powrotu do ortodoksyjnego humoryzmu. Przypuszczalnie poza defetystami nie porwą oni za sobą szerszych kół, przeciwnie, należy się obawiać, że wytworzą tylko jeszcze większy zamęt.

Medycyna bezwzględnie przeżywa dziś okres depresji. Czy wyjdzie ona zwycięsko z niej i kiedy to nastąpi, trudno przewidzieć. Do odrodzenia potrzebne są nietyle hasła, ile gruntowna zmiana warunków, wśród których dziś nauka nasza z mozołem toruje sobie drogę naprzód. Warunki te są następujące:

uniezależnienie medycyny od bezwzględnie hamującej jej naturalny rozwój praktyki, czyli nadanie jej warunków takich, w jakich znajduje się każda inna niezależna nauka,

odrodzenie duchowe zawodu lekarskiego, czyli rozkrępowanie uwięzionej dziś umysłowości lekarskiej i nadanie jej szerszego światopoglądu. Tylko lekarz o szerokim horyzoncie zdolny jest do prawdziwej twórczości, do obserwowania świata otwartemi oczami.

Nowoczesny genjusz lekarski przypomina rumaka, któremu nałożono z boków na oczy osłonę, aby nie rozpraszał swego wzroku. Idzie on istotnie zawsze przed siebie, ale czy zawsze naprzód? Czy nie w tem tkwi jedna z przyczyn, dlaczego dziś po dwuch tysiącach lat wracamy do tego punktu, z którego wyruszyliśmy?

W SPRAWIE ZAKAZU KOFEINY U CHORYCH DOTKNIĘTYCH CIERPIENIAMI SERCA I NACZYŃ.
(WYCIĄGI Z PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO).

BUSQUET, H., i TIFFENEAU, M., Paryż: O znaczeniu kofeiny przy działaniu kawy na serce. Compt rend. de l'Acad. des sciences 1913, tom 115, str. 362.

Doświadczenia autorów nad 25%-owym roztworem kofeiny; wyciągi kofeiny i roztworu okazały się bardzo toksycznemi nawet w rozcieńczeniu 1:5000. W doświadczeniach na psach roztwór kofeiny i zwykła kawa wywoływały charakterystyczne przyspieszenie czynności serca, podczas gdy kawa bez kofeiny pozostawała bez wpływu. Wynika z tego, że przy działaniu kawy na serce czynnikiem głównym jest kofeina.

HOFFMANN, August (Tajny radca lekarski, dyrektor kliniki w Düsseldorfie, profesor).
Leczenie dietetyczne chorób sercowych.
Sammlung zwangloser Abhandlg. a. d. Geb. d. Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten, 1921, tom 3, z. 8.

U chorych sercowych należy zwracać uwagę na unikanie tych napojów, które okazują szczególny wpływ na narządy krążenia. Przedewszystkiem wchodzą tu w rachubę kawa i herbata, które spożywane stale w mocnej postaci, nie są obojętne dla serca ze względu na zawartość kofeiny i teiny. Alkaloidy zawarte w kawie i herbacie działają silnie zwężająco na naczynia i przyspieszają czynność serca. „Serce, jakby przynaglane biczem, musi przezwyciężać zwiększone opory".

W przypadkach schorzeń narządu krążenia alkaloidy te wywołują niepotrzebne zwiększenie pracy serca i z tego względu należy zakazać nadmiernego picia kawy i herbaty. Autor zaleca chorym sercowym bezkofeinową kawę Hag.

Omawiając miażdżycę tętnic, prof. Hoffmann zwraca uwagę na szkodliwe wpływy nieodpowiednich pokarmów. Przy leczeniu miażdżycy należy pomiędzy innemi pamiętać zwłaszcza o unikaniu kawy, mocnej herbaty, alkoholu, tytoniu i t. d. Przy odżywianiu chorych z bezwzględną niedomogą krążenia, lekka kawa i herbata są dozwolone, kawa jednak bez kofeiny jest stanowczo lepsza.

Jeżeli powiemy pacjentowi: „Kawa Hag chroni serce", to będziemy w stanie z łatwością uchronić przed nadużywaniem kofeiny nawet największych zwolenników kawy. Kawa Hag jest najlepszą prawdziwą kawą ziarnistą pozbawioną kofeiny i wyróżniająca się znakomitym smakiem.

CHOROBY WEWNĘTRZNE

O rozpoznaniu i rokowaniu w nephrosis lipoidica. (Sur le diagnostic et le pronostic de la néphrose lipoïdique. Dissociation du syndrome humoral). A. C o d o u n i s.

Soc. Méd. des hôpit. № 1 r. 1931.

W ostatnich czasach wzmogło się znacznie zainteresowanie teoretyczne pewną postacią zapalenia nerek, a mianowicie nefrozą lipoidową. Autor podkreśla, że ta postać powinna zainteresować też i praktyków, gdyż wczesne rozpoznanie i odpowiednie leczenie daje dobre wyniki w tej właśnie postaci zapalenia nerek.

Na początku swej pracy autor zaznacza, że podobnie jak i w innych chorobach tak i w nefrozie lipoidowej spotykamy przypadki lekkie i łatwo uleczalne, lub też ciężkie i postępujące, powikłane i niepowikłane. Dla spopularyzowania tej postaci autor opisuje zasadnicze cechy nefrozy lipoidowej. Ze stanowiska klinicznego spotykamy w niej obrzęki o rozmaitem natężeniu, białkomocz (od 2 do 60 gr. na litr.), oligurję z obecnością wałeczków w osadzie, lub też bez nich, wreszcie istnieć może azotemja i nadciśnienie tętnicze, jeżeli nefroza jest powikłana zapaleniem nerek. Jak widzimy, powyższy obraz nie odróżnia się klinicznie od obrazu innych nefroz, dopiero badanie płynów ustrojowych, w szczególności krwi, pozwala na wydobycie cech częściowo spotykanych i w innych chorobach nerek, częściowo zaś tylko w nefrozie lipoidowej. Zaburzenia te podzielić można na zaburzenia równowagi lipoidowej i białkowej.

Z a b u r z e n i a r ó w n o w a g i l i p o i d o w e j wyrażają się zwiększeniem ciał tłuszczowatych we krwi wraz ze zmleczeniem surowicy krwi, zwiększeniem ilości cholesteryny, przyczem wskaźnik lipemiczny pozostaje prawidłowy oraz obecnością ciał tłuszczowatych, w osadzie moczu, przy równoczesnej obecności wałeczków, lub bez nich.

Z a b u r z e n i a w r ó w n o w a d z e b i a ł k o w e j wyrażają się odsetkowem zmniejszeniem się ilości białka w surowicy krwi, szczególnie zaś zmniejszeniem się albumin, a co zatem idzie wskaźnika albuminy (globuliny) obniżeniem się osmotycznego ciśnienia białek oraz obniżeniem się stosunku albuminy — lipoidy.

Powyższe zmiany nie zawsze występują w całości i w jednakowem natężeniu, gdyż zależy to od okresu choroby. W powikłanych przypadkach do powyższych objawów może się dołączyć azotemja i nadciśnienie tętnicze, co dowodzi już powikłania z zapaleniem kłębuszkowem nerek, lecz nie należy do rzadkości. Najbardziej stałym i zasadniczym objawem nefrozy lipoidowej jest zwiększenie się ilości ciał tłuszczowych we krwi. Ilość tych ciał w warunkach prawidłowych wynosi 5 do 7 gr. na litr., w przypadkach nefrozy lipoidowej ilość wzmaga się do 38 gr. (przypadek własny), a nawet do 60 gr. na litr. Ilość cholesteryny, wynosząca prawidłowo około 1 i ½ gr. na litr, wzmaga się znacznie aż do 20 gr. na litr. W następstwie powyższych objawów pojawiają się ciała tłuszczowate w moczu, jako ciała dwułomne (przy oglądaniu zapomocą mikroskopu zaopatrzonego w polaryzator). Autor podkreśla, że stwierdzenie zaburzeń w równowadze lipoidowej jest niezbędnym i kardynalnym warunkiem rozpoznania nefrozy lipoidowej, gdyż inne zaburzenia, a zwłaszcza dotyczące ciał białkowych spotykamy także i w innych chorobach, a zwłaszcza nerek.

Względnie rzadko spotyka się czyste postacie nefrozy lipoidowej, nie mniej jednak takie postacie istnieją i autor przytacza w krótkości historję choroby przypadku, w którym u kobiety 45-cio letniej, z objawami menopauzy (lekkie nadciśnienie tętnicze, czasem extrasystolia, uderzenia krwi do głowy i t. p.), stwierdzono obrzęki powiek i nóg oraz białkomocz. W osadzie moczu powyższej chorej stwierdzono obecność ciał dwułomnych, wałeczków szklistych i ziarnistych oraz kilku leukocytów. Badanie surowicy krwi wykazało jej zmleczenie, przy prawidłowej zawartości białka, stosunku globulin do albumin oraz ciśnienia osmotycznego białek. Natomiast ilość lipoidów była zwiększona, gdyż wynosiła 14.4 gr. na litr, a ilość cholesteryny 3 gr. na litr.

Autor podkreśla raz jeszcze, że zmiany dotyczące równowagi lipoidowej występują najwcześniej ze wszystkich i one to nadają charakterystyczne piętno nefrozie lipoidowej, na nich przeto musi się oprzeć rozpoznanie tego cierpienia. Stwierdzenie obecności ciał dwułomnych w osadzie moczu nie napotyka na żadne trudności przy użyciu odpowiednich instrumentów. Natomiast dla rokowania oraz dla śledzenia wyników leczenia najważniejsze wskazówki otrzymujemy z badania zmian dotyczących równowagi białkowej surowicy krwi. Wystąpienie tych zmian dowodzi dalszego posuwania się choroby; nie ustępowanie ich w przebiegu cierpienia pogarsza rokowanie. Na dowód powyższego autor przytacza, długi czas obserwowane, dwa przypadki nefrozy lipoidowej, w których przy odpowiedniem leczeniu, wyraźnie zaznaczone zmiany w równowadze białkowej powoli ustępowały, przyczem także ogólny stan chorych ulegał znacznej poprawie.

L e c z e n i e nefrozy lipoidowej polega na djecie, z której wykreślono tłuszcze oraz te pokarmy, jakie zawierają lipoidy. Autor podkreśla, że w odpowiednich przypadkach, przy stałej kontroli zawartości mocznika oraz azotu pozabiałkowego w surowicy krwi — można z korzyścią stosować djetę, zawierającą większą ilość pokarmów bogatych w ciała azotowe. Przy tym sposobie odżywiania mierne azotemje mogą nawet ustąpić. Bardzo dobre wyniki daje także ostrożne podawanie wyciągu z tarczycy.

Leczenie zaburzeń serca dożylnem wlewaniem chininy. (La quininothérapie intraveineuse dans la thérapeutique cardiaque). T. Padilla i P. Cossio.
Soc. Méd. des Hôpit. № 2 r. 1931.

Autorowie stosują chinidynę drogą dożylną w rozmaitych zaburzeniach rytmiki serca, a mianowicie w skurczach dodatkowych, pochodzenia komorowego, węzłowego lub przedsionkowego; w częstoskurczu napadowym, a wreszcie w migotaniu i trzepotaniu przedsionków. Chinidynę stosowano jako siarczan chinidyny w rozcieńczeniu 5% w płynie fizjologicznym (sterylizować przed użyciem!). Jako pierwszą dawkę autorowie podawali 0.5 gr. siarczanu chinidyny dożylnie u człowieka wagi 60 do 70 klgr. O ile ta dawka była niewystarczająca, wówczas w 24 lub 48 godzin wstrzykiwano 1 gr. chinidyny. W niektórych przypadkach autorowie wstrzykiwali 0.15 gr. chinidyny na 10 klgr. wagi chorego bez najmniejszych ujemnych objawów. Podczas wstrzykiwania chory powinien zachować bezwzględnie pozycję leżącą, wstrzykiwać należy bardzo ostrożnie i wolno, aby uniknąć objawów miejscowych i ogólnych, które zresztą nie są groźne. Z objawów miejscowych należy przytoczyć ból wzdłuż żyły, z ogólnych — ogólne osłabienie, bladość, poty i t. p., które występują przedewszystkiem u osobników nerwowych. Niekiedy mogą wystąpić objawy ogólne w postaci ostrzejszej, co autorowie odnoszą do nagle zmienionej pod wpływem leku, rytmiki serca. Te objawy polegają na wystąpieniu duszności, zawrotów głowy, zaburzeń słuchu, nudności i wymiotów.

Autorowie podkreślają, że ten sposób stosowania chinidyny daje nieraz wyniki tam, gdzie klasyczny sposób leczenia pozostał bez skutku. Chinidyna, podawana w odpowiedniej dawce zmniejsza pobudliwość, przedłuża okres refrakcyjny i tą drogą sprowadza normalną rytmikę serca; do tego przyłącza się także prawdopodobnie i przedłużenie czasu przewodnictwa.

Na końcu swej pracy autorowie powtarzają wskazówki podane wyżej oraz dodają, że w razie otrzymania dobrego wyniku, należy nadal podawać chinidynę, lecz drogą doustną.

Leczenie bólów u chorych na gruźlicę. (Le traitement des algies chez les tuberculeux). J. Paraf.
Soc. Méd. Hôpit. № 2. r. 1931.

U chorych na gruźlicę w rozmaitych okresach choroby bardzo często spotykamy bóle w zakresie klatki piersiowej, które promieniują do szyi, do lędźwi, lub do kończyn. W znacznym stopniu bóle te pozostają w ścisłym związku ze sprawą gruźliczą w płucach i opłucnej i wówczas, obok środków uspokajających, należy stosować przedewszystkiem leczenie przyczynowe. Autor podkreśla jednak, że poza wyżej wspomnianymi bólami, można spotkać i inne, które bądźto swojem umiejscowieniem, bądź też charakterem lub przebiegiem wskazują na odrębne pochodzenie. Tego samego rodzaju bóle spotyka się także i u ludzi wolnych od gruźlicy.

W tej grupie chorych, wolnych od gruźlicy, znaczną część tworzyły kobiety po połogu i karmiące. Jako przyczynę tych bólów należy wymienić niezbyt znaczne skrzywienia kręgosłupa i jego osłabienie. Bóle były umiejscowione koło kręgosłupa i pod łopatką, w pozycji leżącej nie dawały się odczuwać. Według Sicard'a chodzi tu o zapalenie bursae serosae, która oddziela mięśnie podłopatkowe od żeber. U takich chorych nakłucie tej okolicy pozwalało nieraz na wydobycie surowiczego płynu, zawierającego sporo włóknika o zabarwieniu cytrynowem. Bóle te ustępowały przy stosowaniu diatermji, lub lepiej jeszcze przy wstrzykiwaniu 3 do 5 ccm. lipiodolu między łopatkę a żebra.

Znacznie większa liczba chorych, skarżących się na powyższe bóle, wykazywała zmiany gruźlicze o rozmaitej postaci i natężeniu.

U chorych tego rodzaju należy przedewszystkiem wykluczyć bezpośredni związek między powyższymi cierpieniami a gruźlicą. Trzeba zwrócić uwagę na to, czy nie mamy do czynienia z morbus Potti, z ropniem zimnym, z powiększeniem gruczołów gruźliczo zmienionych i t. p. Po wykluczeniu tych przypadków, pozostała spora liczba chorych, u których, mimo skrupulatnych poszukiwań, nie udało się stwierdzić powyższego związku. W tych przypadkach miejscowe wstrzykiwanie lipiodolu dało bardzo dobre wyniki. Tu należy zaznaczyć, że jod wydziela się z lipiodolu bardzo wolno i w małych ilościach, dzięki czemu autor nigdy nie spostrzegał jakichkolwiek zaostrzeń zasadniczej sprawy gruźliczej. W razie bólów ze strony nerwu kulszowego miejscowe leczenie zapomocą lipiodolu dawało bardzo dobre wyniki.

O leczeniu bólów zapomocą miejscowych wstrzykiwań. (A propos du traitement des algies et des rhumatismes par la méthode des injections locales). F. Coste.
Soc. Méd. des Hôpit. № 3. r. 1931.

Autor zaznacza, że podobnie jak *Paraf*, *) stosuje lipiodol larga manu, idąc za wzorem *Sicard'a*. Poza lipiodolem stosuje często miejscowo novokainę, jodek sodu, alkohol i t. p. Ten sposób leczenia nadaje się przedewszystkiem do wszelkich bólów nerwu kulszowego, w którem to cierpieniu stosuje miejscowe wstrzykiwania w rozmaitych odcinkach tego nerwu. W tym celu wstrzykuje lipiodol lub inne, wyżej wymienione ciała, bądź to w okolice kości siedzeniowej, bądź też drogą epiduralną, do czego lipiodol szczególnie się nadaje. Idąc za radą *Barrégo*, autor wstrzykuje novokainę w przypadkach ischias, w okolicę przykręgową, na poziomie piątego kręgu lędźwiowego. W przypadkach bardzo uporczywych autor wstrzykuje w tę okolicę mieszaninę novokainy i najodyny, a o ile po paru dniach, ból nie ustępuje, wówczas obok ponownego wstrzyknięcia w okolicę przykręgową, stosuje nadto 15 ccm. lipiodolu drogą epiduralną. W rzadkich tylko przypadkach musiał autor zabieg ten powtarzać ponad trzy razy. O ile ten sposób leczenia daje bardzo dobre wyniki, to jednak należy podkreślić konieczność opanowania odpowiedniej techniki.

W przypadkach zwykłej lumbalgji należy stosować wstrzykiwania w bolący mięsień któregokolwiek z wyżej wymienionych ciał, a zwłaszcza lipiodolu.

W przypadkach bólu splotu nerwowego szyjnoramieniowego autor wstrzykuje lipiodol sposobem

---

*) Patrz poprzednie streszczenie.

Sicard'a, głęboko w okolicę przykręgową. Przy tym zabiegu należy się starań o nakłucie okostnej wyrostka poprzecznego kręgu, aby zapomocą wstrzykiwanego lipiodolu oddzielić nawet blaszkę okostnową. Autor tłumaczy, że w ten sposób zmieniają się warunki krążenia krwi w okolicy nerwu, znajdującego się w stanie zapalnym, przyczem ta zmiana wpływa korzystnie na przebieg choroby.

W zupełnie podobny sposób autor postępuje, lecząc miejscowo, zapomocą wstrzykiwań lipiodolu, bóle o rozmaitych innych umiejscowieniach. A więc bóle w okolicy łokcia, nadgarstka, okolicy międzykrocza, okolicy pięty, stopy, bóle neuralgiczne w okolicy kości czołowej, potylicznej i t. d.

Należy podkreślić szczególnie korzystne wyniki, otrzymane przy pomocy powyższego leczenia w arthritis sicca stawu kolanowego, czyli w t. zw. lipoarthritis *Weissenbach'a* i *Françon'na*, która tak często pojawia się u kobiet, zwłaszcza po okresie pokwitania. W tych przypadkach należy wstrzykiwać, według Sicard'a, w okostną lub podokostnowo, po stronie wewnętrznej ossis tibiae. Wstrzykiwania te są nieco bolesne, dają jednak tak dobre wyniki, że chorzy sami zgłaszają się dla ponowienia tych wstrzykiwań. Jako uzupełnienie tego sposobu leczenia, należy wstrzykiwać lipiodol także i w miękkie części, otaczając w ten sposób, jakgdyby warstwą, cały staw kolanowy. Autor przestrzega przytem przed wstrzykiwaniem lipiodolu do samego stawu. Znacznie trudniejsze jest stosowanie powyższego sposobu leczenia w morbus coxae senilis.

W dyskusji *Noël Fiessinger* sądzi, że lipiodol wstrzykiwany bądź to w mięsień, bądź też w okolicę nerwu czy stawu zajętego zapaleniem, działa korzystnie dzięki temu, że powoduje on napływ leukocytów, których rola w zapaleniu jest ogólnie znana.

Przypadek ciężkiego tężca wyleczony zapomocą metody Dufour'a. (Un nouveau cas de tétanos grave guéri par la méthode de Dufour). M. Villaret, Hagenau, R. Wallich i Bernal.

Soc. Méd. des Höpit. № 3. r. 1931.

Przypadek obserwowany potwierdza znaczną wartość leczenia zapomocą metody *Dufour'a*, podanej w r. 1925, która to metoda polega na wstrzykiwaniu surowicy przeciwtężcowej do kanału rdzeniowego przy równoczesnem stosowaniu ogólnego znieczulenia zapomocą chloroformu.

Chora lat 35 zgłasza się do szpitala w stanie gorączkowym, wykazując objawy ciężkiego tężca uogólnionego, ze szczękościskiem oraz napięciem niemal wszystkich mięśni i napadami gwałtownych kurczów tężcowych, pojawiających się 12 razy na dzień. Wrót zakażenia nie wykryto. Początkowo leczenie polegało na codzienenm stosowaniu 40 ccm. surowicy przeciwtężcowej dolędźwiowo a nadto 80 ccm tejże surowicy domięśniowo i podskórnie, pozatem stosowano chloral i 5 ccm. somnifenu domięśniowo. Po trzech dniach stan chorej nie tylko nie uległ poprawie, ale nawet pogorszył się, przyczem wystąpiły objawy przeponowe. Wobec tego, obok powyższego leczenia, zastosowano nadto ogólne znieczulenie zapomocą chloroformu. Znieczulenie to przyniosło znaczną ulgę, tak że tego dnia napady tężcowe pojawiły się tylko trzy razy. Następnego dnia powtórzono powyższe leczenie. Po dwóch dniach pojawiły się objawy choroby posurowiczej, jako uogólniona pokrzywka, oraz objawy oponowe. Przy nakłuciu lędźwiowem wydobyto płyn mózgo-rdzeniowy mętny, zawierający zwiększoną liczbę limfocytów oraz białka. Wówczas przerwano podawanie surowicy drogą dordzeniową i znieczulanie chloroformem. Surowicę podawano tylko podskórnie i domięśniowo w dawce 120 ccm. Niebawem jednak napady tężcowe powróciły, wobec czego do wspomnianego leczenia dodano usypianie chloroformem. Odtąd stan chorej zaczął się powoli polepszać a po dalszych dziesięciu dniach leczenia surowicą chora opuściła szpital, w którym przebywała łącznie trzy tygodnie. Podczas tego czasu chora otrzymała 300 ccm. surowicy przeciwtężcowej drogą dolędźwiową, 1 litr tejże surowicy podskórnie i domięśniowo oraz 7 znieczuleń ogólnych zapomocą chloroformu, przyczem każde znieczulenie trwało pół godziny.

Podkreślając skuteczność powyższego leczenia, autorowie sądzą, że objawy anafilaksji, które wystąpiły u chorej należy odnieść do wpływu chloroformu na wątrobę, wskutek czego wystąpiła niedomoga wątroby.

Zaburzenia w odcinku żylnym krwiobiegu ogólnego. (Les desequilibres de la circulation de retour.). K. Laubry i A. Tzanck.

Soc. Méd. des Höpit. № 3. r. 1931.

Autorowie zajmują się w niniejszej pracy patogenezą niektórych omdleń i zapaści, jakie dotychczas mylnie były uważane za skutek osłabienia mięśnia sercowego, podczas gdy w istocie rzeczy chodzi tu o zaburzenia krążenia, a mianowicie o zaburzenia w dopływie krwi do serca. Autorowie zaznaczają, że w stanie prawidłowym istnieje ścisły, korzystny dla ustroju stosunek objętości krwi do objętości naczyń włosowatych i żylnych. Z chwilą, gdy ten stosunek jest zachwiany bądź w jednym bądź w drugim kierunku, wówczas powstają zaburzenia chorobowe.

Do takich zaburzeń należy przedewszystkiem zapaść, wyrażająca się klinicznie obniżeniem ciśnienia tętniczego, znacznem przyśpieszeniem akcji serca a nawet embrjokardją, spadkiem ciepłoty ciała, ochłodzeniem kończyn, zawrotami głowy, dusznością, bladością twarzy i zaostrzeniem rysów twarzy, a zwłaszcza nosa. Za przyczynę tych stanów należy uważać znaczne rozszerzenie się naczyń obwodowych, a zwłaszcza naczyń włosowatych w wątrobie i śledzionie. Za prawdziwością powyższego ujęcia przemawia to, że objawy zapaści znikają, skoro wypełnimy łożysko krwi zapomocą obfitych wstrzykiwań płynu fizjologicznego lub zapomocą przetaczania krwi albo wreszcie, skoro zwężimy łożysko krwi przy pomocy leków naczyniowych, działających zwłaszcza obwodowo, jak np. adrenalina. Stany zapaści spotykamy szczególnie często w chorobach zakaźnych, jak błonica, dur brzuszny i t. p. Następnie w cierpieniach umiejscowionych, działających odruchowo, jak np. zapalenie otrzewnej. Podobnie też mogą działać silne czynniki nerwowe, emocjonalne i wstrząs anafilaktyczny, lub wreszcie zespół ostrej niedomogi nadnercza. We wszystkich tych przypadkach pierwotną sprawą jest rozszerzenie się naczyń obwodowych, a zatem powiększenie łożyska krwi,

wskutek czego krew dopływa do serca w ilości niedostatecznej (gdyż zalega w rozszerzonych naczyniach), a serce niejako bije napróżno. Autorowie podkreślają, że te stany zapaści dotychczas nieraz są mylnie tłumaczone, jako bezpośrednie objawy zatrucia, podczas gdy w rzeczywistości, wskutek zaburzeń krążenia, dochodzi do niedokrwienia mózgu. Dla tego też w tych przypadkach odpowiednie stosowanie leków (adrenaliny) daje bardzo dobre wyniki.

Niekiedy spotykamy stan chorobowy, będący niejako odwróceniem stanu opisanego powyżej. Wówczas dopływ krwi do serca jest wzmożony, przyczem krew dostaje się w zwiększonej ilości do krążenia małego, a ponieważ naczynia włosowate płuc nie mogą przeciwstawić się w odpowiedni sposób temu wzmożonemu ciśnieniu, przeto następuje przesiękanie do pęcherzyków płucnych i obraz kliniczny obrzęku płuc. Jako przyczynę zmniejszenia się łożyska krwi w krążeniu wielkiem autorowie przytaczają, np. późną ciążę lub większy guz w jamie brzusznej albo wreszcie pewne leki zwężające naczynia, jak np. adrenalina.

Powyższe zagadnienie posiada duże znaczenie praktyczne. Wspomniano już wyżej, że zapaść można skutecznie zwalczać bądź to przy pomocy leków zwężających naczynia, jak adrenalina, bądź też zapomocą dożylnego wprowadzania krwi, albo płynu fizjologicznego.

W ostrym obrzęku płuc znana jest skuteczność upustu krwi, przyczem chodzi nie tyle o usunięcie toksycznych ciał z krwiobiegu, ile o zmniejszenie masy krwi dopływającej do serca. W podobnych przypadkach, które powstają w późnych okresach ciąży, idealnem postępowaniem będzie przyśpieszony poród. Wreszcie w wielu przypadkach można osiągnąć zwiększenie się łożyska krwi i zwolnienie dopływu krwi do serca przez stosowanie morfiny, na co wskazywał już *Vaquez* w czasie, gdy morfinę uważano w tych przypadkach za niebezpieczny lek. Natomiast należy przestrzec przed stosowaniem adrenaliny, która może tylko pogorszyć ten stan. Autorowie przytaczają tu przypadek ogłoszony przez *Pautrier'a*, w którym chodziło o kobietę w siódmym miesiącu ciąży, która cierpiała nadto na kiłę. U tej chorej, po wstrzyknięciu wyższej dawki salvarsanu wystąpił wstrząs, wyrażający się nudnościami zaczerwienieniem twarzy i nastrzykaniem spojówek. Chorej wstrzyknięto adrenalinę, po której wystąpił ostry obrzęk płuc, a wobec niemożności dokonania upustu krwi, gdyż z otwartych żył krew nie wypływała — nastąpiła śmierć.

Przypadek przewlekłej posocznicy z gorączką przerywaną, wyleczony zapomocą Novarsenobenzolu. (A propos d'une septicémie chronique d'allure intermittente guérie par deux injections de novarsénobenzol.). S. C h a b r o l. E t c h e g o i n i R. W a i t z.
Soc. Méd. des Höpit. № 3. r. 1931.

Chory, lat 26, zachorował nagle, wśród dreszczów z wysoką ciepłotą. Mimo podawania chininy, napady gorączkowe pojawiały się początkowo co 5 do 6 dni po czterech miesiącach trwania choroby, tor gorączkowy przypominał łudząco zimnicę z napadami gorączkowymi codzień lub co drugi dzień. Gorączka stale pojawiała się wśród dreszczów a po paru godzinach, wśród obfitych potów, spadała do normy. Skoro chory zgłosił się do szpitala, badanie fizykalne nie wykazało żadnych zmian w wewnętrznych narządach a liczne posiewy krwi i płynu mózgo-rdzeniowego dały wynik ujemny. Obraz krwi wykazał tylko nieznaczną leukocytozę neutrofilną a poszukiwanie pasorzytów zimnicy dało wynik ujemny. Ponieważ w czasie napadów gorączkowych występowały na skórze chorego wykwity guzkowe, przeto powstało podejrzenie, że chodzi tu o erythema nodosum. Wykwity te jednak nie odpowiadały ściśle powyższemu cierpieniu. Ze względu na to, że chory pracował przy budowie kolejki podziemnej i miał styczność ze szczurami, przeto rozpoczęto badania w kierunku poszukiwań za krętkiem Sodoku. I te badania jednak nie dały wyniku. Drogą próby jednak, choremu wstrzyknięto 0,15 novarsenobenzolu a w cztery dni później dawkę tę powtórzono. Od tego czasu gorączka nie pojawiła się więcej a po miesiącu leczenia zapomocą novarsenobenzolu, chorego wypuszczono ze szpitala już jako zdrowego. Jak się okazało w 7 miesięcy później chory znajduje się w zupełnem zdrowiu.

Miedniczkowo-pęcherzowa postać duru brzusznego. (Forme pyélo-cystique de la fiévre typhoïde). L o e p e r i A. L e m a i r e.
Soc. Méd. des Hôpit. № 3. r. 1931.

Pyelocystitis należy do rzadkich powikłań duru brzusznego, jeszcze rzadziej pojawia się ona w przebiegu paraduru B. W przypadku autorów chodziło o paradur B, który przebiegał pod postacią pyelocystitis. W moczu tego chorego stwierdzono nieliczne krwinki, leukocyty obojętnochłonne oraz ruchome pałeczki gramujemne. Chory skarżył się tylko na bóle podczas oddawania moczu, język miał obłożony i wątrobę nieco powiększoną wypukiem. Żadnych zaburzeń ze strony przewodu pokarmowego nie stwierdzono. W czasie przebiegu choroby ciepłota okresowo podnosiła się do 40° C. na przeciąg 2 do 4 dni. Z krwi i moczu wyhodowano typowe pałeczki paraduru B. Należy też zaznaczyć, że we krwi stwierdzono leukocytozę neutrofilną (12500 ciałek białych w 74% wielojądrzastych obojętnochłonnych), z komórkami eozynochłonnymi. (2%). Leczenie polegało na podawaniu jodaseptiny a później septiceniny. Wyleczenie nastąpiło szybko.

Dwa przypadki zespołu Chauffard-Still'a. (Deux cas de syndrome de Chauffard-Still (rhumatisme chronique fibreux déformant progressif avec adénopathies et splénomégalie). R. J. W e i s s e n b a c h, F. F r a n ç o n, F. G e r b a y i F. R o b e r t.
Soc. Méd. des Hôpit. № 4, r. 1931.

Choroba powyższa należy do rzadkich postaci a opisana była po raz pierwszy przez *Chauffard'a* i *Ramond'a* w r. 1896, którzy zwrócili uwagę na tę przewlekłą postać gośćca stawowego, pochodzenia zakaźnego, w jakiej nadto stwierdzono powiększenie gruczołów w sąsiedztwie zajętych stawów. Przypadki spostrzegane przez powyższych autorów dotyczyły osób dorosłych. W rok później *Still* (z Londynu) opisał podobne przypadki, dotyczące jednak dzieci, u których ponadto stwierdził powiększoną śledzionę. Od tego czasu ogła-

szano spostrzeżenia powyższej choroby a raczej zespołu chorobowego. *Chevallier* sądzi, że ogólna liczba znanych przypadków dochodzi do setki.

Przypadki autorów dotyczą dwuch kobiet, lat 33 i 48. Po dokładnem podaniu historji chorób, autorowie omawiają poszczególne objawy.

Objawy zasadnicze.

1. Zmiany stawowe. W przypadku pierwszym początek choroby był łagodny i ograniczył się do prawego stawu barkowego i kręgosłupa. Później dopiero chorobowy proces objął i inne stawy. W przypadku drugim początek choroby był ostry i dotyczył stawów palcowych i nadgarstkowych obu rąk. W dalszym przebiegu choroba postępowała jakgdyby skokami, zwłaszcza w jesieni i na wiosnę. Zazwyczaj zajętych jest więcej stawów i to symetrycznie, wyjątek stanowią stawy biodrowe, które są wolne. W pojedyńczych stawach można niekiedy obserwować hydrarthrosis, zazwyczaj jednak chodzi tu o zapalenie suche. Badanie promieniami Rentgena często nie wykazuje żadnych zmian; wyjątkowo tylko zmiany te mogą wystąpić jak naprz. w przypadku autorów.

2. Powiększenie gruczołów. Chodzi tu o powiększenie tylko gruczołów, sąsiadujących z zajętymi stawami. Powiększenie gruczołów sięga od wielkości grochu do wielkości śliwki, spoistość niekiedy miękka, niekiedy twarda. Gruczoły te są zawsze odosobnione, nie wykazują skłonności do zropienia a skóra nad nimi jest prawidłowa.

3. Powiększenie śledziony. Powiększenie śledziony w obu przypadkach dało się stwierdzić tylko zapomocą wypuku. Bywa jednak macalna.

4. Stan ogólny. Obie chore były bardzo szczupłe, blade i asteniczne. Podczas choroby straciły na wadze.

5. U obu chorych gorączka nie występowała.

Objawy dodatkowe.

1. Krew. We krwi stwierdzano niedokrwistość, ze szczególnem zmniejszeniem się hemoglobiny, lekkie powiększenie ogólnej ilości ciałek białych, z przewagą jednojądrzastych i limfocytów. Chemicznie ilość kwasu moczowego była prawidłowa, podobnie jak i wapnia i fosforu. Szybkość opadania krwinek prawidłowa.

2. W narządach wewnętrznych żadnych zmian nie stwierdzono.

3. Skóra naogół nie wykazywała żadnych zmian, jedynie u drugiej chorej przejściowo wystąpiło erythema nodosum.

4. Mocz. Przejściowo stwierdzano niekiedy ślad białka.

5. Oczy. Już *Still* a potem *Chevallier*, zaznaczali, że w omawianym zespole spotyka się niekiedy mierne wystąpienie gałek ocznych, czego jednak nie można jeszcze było nazwać wytrzeszczem. W przypadku drugim autorów rzecz miała się podobnie; natomiast w pierwszym przypadku można było stwierdzić wszystkie zasadnicze objawy choroby Basedowa, czemu też należy przypisać znaczniejsze wychudzenie tej chorej.

Co się tyczy warunków etjologicznych niestety są one zupełnie nieznane.

Leczenie tego zespołu chorobowego polega na stosowaniu promieni pozafjołkowych i podawaniu atofanu lub salicylowych preparatów. Wyniki nie zawsze są korzystne. *Chauffard, Ramond* i inni podają chętnie jod do wewnątrz. W obu przypadkach autorów leczenie w Aix-les-Bains dało dobre wyniki. Należy podkreślić skłonność do potów występujących u tych chorych.

Czterochlorek węgla, jako środek przeciwko oxyuris verm. i tasiemcowi. (Le tétrachlorure de carbone, reméde efficace contre les oxyures et les taenias). M. Akil-Mouktar.
Soc. Méd. des Hôpit. № 4, r. 1931.

Autor stosował czterochlorek węgla przeciwko nekatorowi. Korzystne wyniki otrzymane przy tym sposobie leczenia skłoniły go do rozszerzenia wskazań.

Dawkowanie: dorosłym podaje się 3 ccm leku w 60 gr. syropu, co należy zażyć w dwuch porcjach z przerwą półgodzinną. W pół godziny po drugiej porcji autor podaje 30 do 40 gr siarczanu magnezji. Dla dzieci od 5-ciu lat w górę, dawka wynosi ⅕ ccm na rok życia. Zamiast siarczanu magnezji podaje się magnezję wapienną w dawce 50 ctgr. na rok życia. Zasadniczym warunkiem jest dobre zmieszanie płynu i całkowite wypicie dawki.

Czterochlorek węgla jest prawie bezskuteczny przeciwko glistom.

W trzydziestu przypadkach taenia mediocanellata autor otrzymał doskonałe wyniki w 28 przypadkach. Odejście pasorzyta następuje w 2 do 3 godzin po środku przeczyszczającym, w rzadkich tylko przypadkach później a niekiedy nawet drugiego dnia.

Nowy etap w sfigmomanometrji. (Une nouvelle étape de la sphygmomanométrie). H. Vaquez, P. Gley i D. M. Gomez.
Presse Méd. № 16, r. 1931.

Na początku swej pracy autorowie omawiają sposoby oznaczania ciśnienia skurczowego i rozkurczowego. Następnie podnoszą, że oznaczanie tych dwuch ciśnień, aczkolwiek pozwala nam bliżej poznać wiele szczegółów dotyczących hemodynamiki, a tem samem wyjaśnia nam także i pewne szczegóły patogenetyczne jakoteż i rozpoznawcze i rokownicze — to jednak z wysokości ciśnienia skurczowego i rozkurczowego nie możemy jeszcze wnosić o „ciśnieniu średniem“, które ze stanowiska fizyki jest niezbędne dla odtworzenia pracy serca. Prąd krwi, wychodzący ze serca jest prądem przerywanym, dla poznania zatem ilości krwi, przepływającej w jednostce czasu, należy według praw fizycznych znać „ciśnienie średnie“, t. j. takie ciśnienie, które wywiera ta sama ilość przepływającej krwi o prądzie stałym.

Początkowo uważano, że ciśnienie średnie będzie średnią arytmetyczną z ciśnienia skurczowego i rozkurczowego, niebawem jednak okazało się, że istotne ciśnienie średnie należy każdorazowo empirycznie oznaczyć. Dalsze badania wykazały, że do oznaczania wysokości ciśnienia średniego nadaje się tylko oscilometr *Pachon'a*. Oznaczając bowiem zapomocą tego przyrządu wysokość ciśnienia, przy którem wychylenia oscylacji są największe, otrzymujemy tem samem wysokość ciśnienia średniego. W razie gdy największe wy-

chylenia oscylacyjne nie ulegają zmniejszeniu w różnych, sąsiadujących ze sobą wysokościach ciśnienia, wówczas za ciśnienie średnie należy uznać pośrednią między tymi ciśnieniami. W tym celu *Pachon* radził oznaczać wielkość oscylacji, wzmagając ciśnienie n. p. o pół cm Hg. W ten sposób można wykreślić krzywą, na której z łatwością oznaczamy ciśnienie średnie.

Według badań *Pachon'a* u człowieka zdrowego, u którego ciśnienie skurczowe wynosi n. p. 15 cm Hg a ciśnienie rozkurczowe 6,5 do 7 cm Hg, ciśnienie średnie leży zazwyczaj bliżej ciśnienia rozkurczowego i wynosi 8 do 9 cm Hg.

Oznaczanie ciśnienia średniego pozwala na wytłumaczenie wielu zjawisk, dotychczas niedostatecznie jasnych. I tak *Fontan* badał zachowanie się ciśnienia średniego w przypadkach niedomykalności zastawek aorty. Nieraz dziwnem się wydawało, że przy ogromnej różnicy ciśnienia skurczowego i rozkurczowego, co jest cechą patognomoniczną tej wady, serce znosi bardzo dobrze te warunki i często zachowuje się przez długi czas, jak serce prawidłowe. Okazało się, że ciśnienie średnie w tych przypadkach nieraz nie różniło się wysokością od ciśnienia w sercach zdrowych. Już *Pachon* podkreślał, że w nadciśnieniu tętniczem jest bardziej miarodajne dla oceny ciężkości schorzenia zachowanie się raczej ciśnienia rozkurczowego, aniżeli skurczowego. Jeszcze większe znaczenie posiada oznaczanie ciśnienia średniego.

Autorowie przytaczają przypadek chorego, u którego ciśnienie rozkurczowe i skurczowe znajdowało się w granicach prawie normalnych, natomiast ciśnienie średnie wynosiło 13 cm Hg a zatem było co najmniej o 4 cm wyższe ponad normę. U tego chorego można było wykazać wyraźne powiększenie się serca lewego. W innym przypadku, przy zupełnie prawidłowem ciśnieniu skurczowem i rozkurczowem występowała po najmniejszych wysiłkach znaczna duszność a badanie fizykalne stwierdziło powiększenie serca lewego, co dało się wytłomaczyć znacznem podwyższeniem ciśnienia średniego.

Autorowie podkreślają, że *Aubertin* nieraz nie znajdował powiększenia serca w nadciśnieniu tętniczem i sądzi, że w powstaniu nadciśnienia tętniczego, jako jednostki chorobowej grają rolę zmiany w wielu narządach wewnętrznych. W zależności od okresu chorobowego dopiero powstają zmiany, dotyczące narządu krążenia. Może być zatem, że oznaczanie ciśnienia średniego pozwoli nam na dokładniejszą ocenę stanu, w jakim znajduje się narząd krążenia w nadciśnieniu tętniczem w okresach wczesnych.

Oznaczanie ciśnienia średniego tłumaczy nam też powstawanie krwotoków mózgowych u osób z rzekomo zupełnie zdrowym narządem krążenia, jak to było n. p. w przypadku autorów, w którym tylko ciśnienie średnie było znaczenie podwyższone. *Bailliart* i *Gomez* stwierdzili, że w glaucoma ciśnienie średnie jest zawsze podwyższone. Należy też dodać, że obniżanie się ciśnienia średniego, podobnie jak i obniżanie się ciśnienia rozkurczowego u tego samego osobnika, w przebiegu tej samej choroby, świadczy o zmniejszeniu się oporów obwodowych.

Z. Gorecki.

CHIRURGJA

Przyczynek do rozpoznawania i leczenia kiły pęcherza moczowego. (Au sujet de la syphilis vésicale et, en particulier, de son état latent). V a l v e r d e.

Journ. d'Urologie XXX, № 6, grudzień 1930.

Kiła pęcherza moczowego w ostatnich latach przestała już być schorzeniem tak rzadkiem, za jakie uważano ją dawniej, co jest w ścisłym, niewątpliwie, związku z lepszem obecnie rozpoznawaniem tego cierpienia. Rozpoznanie kiły pęcherza opiera się zasadniczo na następujących dwu przesłankach: wyniku b a d a n i a p ę c h e r z a w z i e r n i k i e m i wyniku przeprowadzonego l e c z e n i a s w o i s t e g o (ex juvantibus).

Na obraz cystoskopowy składają się: owrzodzenia śluzówki (głębokie, o brzegach nieprawidłowych i dnie ciemno-czerwonem, umiejscowione na dolnej ścianie pęcherza i zwłaszcza w okolicy ujścia prawego moczowodu), pasmowate lub rozlane uwypuklenia śluzówki, mniej lub więcej silne jej przekrwienie, obrzęk, wyrośla guzkowate, naloty włóknikowo-ropne, wybroczyny krwawe, plaques muqueuses i t. p.

Krwiomocz spotyka się w przebiegu kiły pęcherza naogół rzadko. O d c z y n B o r d e t- W a s s e r m a n n a t y l k o w n i e w i e l k i e j l i c z b i e p r z y p a d k ó w b y w a d o d a t n i.

Przebieg kliniczny cierpienia jest naogół s k r y t y, w większości przypadków nie bywa ż a d n y c h objawów ze strony pęcherza moczowego, jakkolwiek samo cierpienie nie jest bynajmniej natury dobrotliwej i, nie leczone właściwie, może doprowadzić do powstania przetok pęcherzowo - jelitowych, pęcherzowo - odbytniczych, pęcherzowo - pochwowych i t. p.

Autor, badając wziernikiem pęcherz moczowy u 143 chorych na przewlekły nieżyt cewki moczowej, u 35 z nich stwierdził kiłę pęcherza (potwierdzoną następnie na innej drodze), przyczem wśród tych ostatnich tylko trzech chorych miało uprzednio pewne objawy pęcherzowe, wszyscy pozostali — albo nie mieli żadnych objawów ze strony pęcherza moczowego, albo też objawy te były bardzo nikłe i chorzy nie zwracali na nie żadnej uwagi.

We wszystkich 35 przypadkach zastosowano leczenie swoiste — z wynikiem, zupełnie pomyślnym (zmiany pęcherzowe ustępowały całkowicie); ów pomyślny wynik leczenia przeciwkiłowego potwierdzał tem samem i rozpoznanie.

Cukrzycowe zapalenie tętnic. (L'artérite diabetique). L a b b é.

La Presse Méd. № 15, luty 1931 r.

Zapalenie tętnic cukrzycowe jest nietylko częstem wogóle powikładniem cukrzycy, ale poza tem jest n a j c z ę s t s z ą p r z y c z y n ą ś m i e r c i c h o r y c h n a c u k r z y c ę. Prawie połowa wszystkich chorych na cukrzycowe zapalenie tętnic umiera z tego powikłania, co jest odsetką bardzo wysoką chociażby nawet w porównaniu ze śmiertelnością wskutek śpiączki cukrzycowej, która wynosi 20%.

Schorzenie omawiane ma zupełnie o d r ę b-

ny obraz kliniczny i anatomopatologiczny i różny od zapalenia tętnic miażdżycowego (starczego) i kiłowego. Od zapalenia tętnic miażdżycowego różni się występowaniem we względnie młodym wieku i odrębnym obrazem histologicznym, od zapalenia kiłowego — tem, że dotyczy najczęściej małych tętnic kończyn, i to szczególnie kończyn dolnych (kiła atakuje przedewszystkiem aortę i duże tętnice), i również obrazem histologicznym.

Częstość powikłania cukrzycowem zapaleniem tętnic nie zależy wcale od ciężkości samej cukrzycy, raczej od wieku chorego, to jest występuje częściej w wieku starszym, tak jakby cukrzyca przyśpieszała starzenie się całego ustroju.

Pod względem klinicznym schorzenie zaczyna się skrycie, dopiero po pewnym czasie zjawiają się drętwienia kończyny, mrowienia, kurcze bolesne, przykre uczucie chłodu — i to zwłaszcza w nocy i wogóle w spoczynku. Później występują silne bóle, typowe dla ostrego niedokrwienia kończyny, objawy chromania przestankowego, zmiany przedmiotowe ze strony skóry i t. d. — aż do obumarcia włącznie.

Najpewniejszym środkiem, służącym do oceny zaburzeń krążenia w zakresie danej kończyny, jest oscyllometrja; z tem jednakże zastrzeżeniem, że obumarcie może tutaj sięgać wyżej, niżby to czasami wypływało z obliczeń oscyllometrycznych. Tłumaczy się to w sposób, następujący: w zapaleniu tętnic miażdżycowem zatkaniu ulegają i główna tętnica kończyny, i wszystkie jej tętnice oboczne, krążenie na danym poziomie ustaje całkowicie; inaczej jest w cukrzycowem zapaleniu tętnic — tutaj tętnice oboczne pozostają drożne przez czas długi (wahania oscyllometryczne są zachowane), ale pomimo to zgorzel kończyny już występuje, a to dzięki przesyceniu tkanek cukrem i ułatwionemu szerzeniu się zakażenia.

Zmiany drobnowidzowe w odnośnych tętnicach polegają na zwyrodnieniu szklistem i zgrubieniu włóknistem błony wewnętrznej, na zwapnieniach błony wewnętrznej i mięsnej i, wreszcie, na objawach procesu miażdżycowego (atheroma), ale bez wytwarzania zakrzepów. Zmiany kiłowe w tętnicach różnią się od powyższych tem, że dotyczą wszystkich trzech warstw ściany tętnicy, a jej nacieczenie cholesteryną i wapnem jest tutaj o wiele słabiej zaznaczone. W chorobie Buergera zmiany naczyniowe dotyczą jednocześnie i tętnic, i żył, a do powstania zakrzepów (thrombosis) dochodzi łatwo.

Co się tyczy wreszcie zaburzeń w chemiźmie ustroju, to z reguły mamy w przebiegu cukrzycowego zapalenia tętnic zwiększenie stężenia we krwi cholesteryny i wapna (hypercholesterinaemia, hypercalcaemia). Mechanizm chorobotwórczy omawianego schorzenia wygląda, według autora, w sposób następujący: nadmierna zawartość cukru we krwi drażni błonę wewnętrzną tętnic i pobudza ją do odpowiedniego odczynu zapalnego; cholesteryna, będąca we krwi w nadmiarze, odkłada się w zmienionych odcinkach ściany tętnicy, powodując jej pęcznienie i znaczne zwężenie światła naczyniowego; skurcz tętnicy ani też procesy zakrzepowe nie grają prawie żadnej roli w powstawaniu zgorzeli kończyny w przebiegu cukrzycowego zapalenia tętnic.

Ostra niedomoga żylna typu napadowego, bolesnego, wywołana przez zaburzenia w zakresie wydzielania wewnętrznego i układu nerwowego roślinnego. (Insuffisance veineuse aiguë paroxystique douloureuse, avec déséquilibre endocrino-neuro-végétatif). Delater i Hugel.
La Presse Méd. № 19, marzec 1931 r.

Autorowie spostrzegali w ostatnich czasach kilka przypadków napadowych zaburzeń czuciowo-naczynioruchowych ze strony odcinków układu żylnego, a będąc zdania, że ogół lekarzy nie docenia znaczenia klinicznego tego rodzaju zaburzeń i zbyt mało poświęca im uwagi, podają opis jednego z tych przypadków chorobowych.

Kobieta, lat 35, zamężna (jedno dziecko), miewa napady silnych bólów kłujących, typu neuralgicznego, w zakresie kończyn dolnych; bóle te, z początku rzadsze, od dwu miesięcy występują codziennie. Zjawiają się one zwykle rano, przy przebudzeniu się chorej, i trwają 15 — 60 minut, szerząc się czasami wzdłuż kończyny aż do serca. Drugi taki napad może wystąpić w ciągu dnia, po większym wysiłku fizycznym, i trwa wówczas trochę dłużej. Bóle te zasadniczo nasilają się w czasie perjodu. W czasie napadu chora spostrzegała występowanie rozszerzonych i uwypuklających się poprzez skórę pni żylnych różnych odcinków kończyn dolnych, rzadziej — górnych; żyły te były wówczas bolesne na ucisk.

Od trzech lat chora miewa różnego typu zaburzenia naczynioruchowe jak migreny, uderzenia krwi do głowy, mrowienia i drętwienia w zakresie stóp, goleni, dłoni, bez wyraźnych zmian w zabarwieniu skóry. Narzeka stale na zimno w nogach i rękach i wogóle łatwo ziębnie. Nigdy się nie poci, narzeka na wypadanie włosów, suchość skóry, łatwo sobie wykręca stopę w kostkach (wiotkość wiązadeł), cierpi na próchnicę wielu zębów. Jest bardzo pobudliwa psychicznie, łatwo się emocjonuje. Objawów nadczynności tarczycy nie stwierdza się. Serce i inne narządy wewnętrzne zmian nie wykazują. Kończyny — bez zmian przedmiotowych. Ciśnienie krwi 120 mm i 80 mm (Pachon). Ogólna otyłość.

Reasumując wyżej powiedziane, mamy tu do czynienia z zaburzeniami w zakresie czucia i zaburzeniami naczynioruchowemi ze strony różnych odcinków całego zasadniczo układu żylnego; jednocześnie stwierdzamy zaburzenia czynnościowe ze strony układu nerwowego roślinnego (vagus-sympathicus) i zaburzenia wydzielania wewnętrznego (tarczycy, nadnerczy i przysadki). Zastosowanie odpowiedniego leczenia, mającego na celu uregulowanie czynności powyższych gruczołów dokrewnych i nerwu współczulnego, sprowadziło znaczną poprawę w stanie chorej, a częściowo i wyleczenie. Bóle i zaburzenia naczynioruchowe ustąpiły zupełnie. Ogólne osłabienie i nerwowość zmniejszyły się znacznie. Jedynie tylko na otyłość i chorobliwą wiotkość wiązadeł stawowych (staw skokowy) leczenie to pozostało bez wpływu. Należałoby tu jeszcze dodać, że ów stan chorobowy ukła-

du żylnego — przy niezastosowaniu właściwego leczenia, a czasami i pomimo niego — prowadzi nieuchronnie po latach do powstania żylaków; a z chwilą wykształcenia się zmian żylakowatych w odnośnych żyłach, uregulowanie nieprawidłowej czynności gruczołów dokrewnych i nerwu współczulnego już tutaj nic nie pomoże i zmiany chorobowe w żyłach nie cofną się.

Przyczynek do klasyfikacji różnych typów przewlekłego gośćca stawowego. Zapalenia stawów. (Grands syndromes du rhumatisme chronique des jointures. Les arthrites). Coste i Lacapère.
La Presse Méd. № 20, marzec 1931 r.

Jak dotychczas, panuje pewien chaos w dziedzinie klasyfikacji przewlekłych stanów gośćcowych, chociażby tylko w odniesieniu do gośćca stawowego. Istnieje cały szereg prób sklasyfikowania tego rodzaju stanów. Między innymi, *Teissier* i *Rosque* podają następującą klasyfikację:

I. Przewlekły postępujący gościec zniekształcający, inaczej Artropatja zniekształcająca nerwowo-odżywcza: 1) postać wielostawowa, 2) postać jednostawowa (arthritis sicca), 3) postać kręgowa (rheumatismus osteophyticus).

II. Przewlekły gościec zakaźny (gruźlica, kiła, rzeżączka, płonica, zakażenie gośćcowe) — ze specjalnym poddziałem kręgowym (spondylosis rhizomelica).

III. Przewlekły gościec z zatrucia (skazy różne).

IV. Postacie mieszane, w których łączy się zakażenie z zatruciem np. gościec stawowy w przebiegu dny, choroby Basedowa, gościec starczy *Marie* i *Leri*.

Jednakże, zdaniem autora, podział ten, jako też i szereg innych podobnych, jest daleki od doskonałości, zawiera pewne pomięszanie pojęć (np. dział pierwszy obejmuje również niektóre postacie zakaźne gośćca), dlatego też uważa za celowe podać tutaj swój podział, który jest bardzo prosty, gdyż uwzględnia tylko dwie grupy przewlekłych schorzeń gośćcowych (stawowych), a mianowicie: a) Przewlekłe zapalenia stawów (arthritis) i b) Osteoartropatje odżywcze (arthrosis).

W pracy niniejszej autor zajmuje się wyłącznie tą pierwszą grupą (arthritis).

Stany chorobowe, wchodzące w jej skład, mają cały szereg cech charakterystycznych, odróżniających je od schorzeń drugiej grupy (arthrosis). Etjologja. Występują w każdym wieku, po 50 roku życia również często, jak i w młodości. Tło bakteryjne czasami jest wyraźne (gruźlica, kiła, rzeżączka, zakażenie swoiście gośćcowe, łańcuszkowe), czasami zaś można się go tylko domyślać lub je podejrzewać.

Obraz kliniczny. Objawy kliniczne i przebieg cierpienia noszą wyraźne piętno procesu zapalnego. Przemawiają za tem: umiejscowienie początkowe procesu chorobowego w maziówce, zwiększenie ciepłoty miejscowej, gorączka względnie (w przerwach) stany podgorączkowe, zaburzenia stanu ogólnego (wychudzenie, niedokrwistość), przewaga zmian i w późniejszym okresie głównie w maziówce i tkankach miękkich przystawowych. Badanie krwi wykazuje z reguły zwiększenie liczby białych ciałek i przyśpieszenie opadania krwinek.

Zdjęcie rentgenowskie we wczesnych okresach wykaże co najwyżej lekkie odwapnienie końców stawowych, w późniejszych — zanik chrząstek stawowych, zatarcie zarysów nasad i, wreszcie, zlewanie się powierzchni stawowych, jednakże bez wyraźnego zniekształcenia nasad i bez wyrośli kostnych.

Anatomja patologiczna. Znajdujemy tutaj znaczne zgrubienie maziówki i jej kosmków, które bywają poza tem mocno przekrwione a nawet zmienione nekrotycznie; całokształt zmian spotykanych może nosić charakter surowiczy, zrostowy, zesztywniający, wrzodziejący i gąbczasty (fungus). Chrząstka i kości ulegają zmianom dopiero w późniejszym okresie; chrząstka zostaje zniszczona wskutek bujania narastającej nań maziówki (pannus), zaś istota gąbczasta nasad — przez bujanie tkanki łącznej szpiku kostnego, w rezultacie chrząstka i kość ulegają zanikowi i zastąpieniu przez tkankę ziarninowowłóknistą, która w końcowym okresie anatomicznie stanowi jedną ciągłość ze zmienioną maziówką. W późnych okresach rozwoju obraz anatomopatologiczny „arthritis" może przypominać obraz „arthrosis".

Postacie kliniczne „arthritis". A więc przedewszystkiem — przewlekłe zapalenia stawów o zupełnie jasnem tle bakteryjnem (np. gruźlica i t. p.), przyczem wykazanie tego tła może być, zresztą, w niektórych przypadkach bardzo trudne; następnie — przewlekłe zapalenie stawów zniekształcające, postępujące, o przyczynie nieznanej, nie odgraniczone bynajmniej ostro od zapaleń stawów wyraźnie zakaźnych; wreszcie — różne zapalenia jedno i wielostawowe, zwłaszcza w zakresie kręgosłupa (spondylosis rhizomelica) — jest to typ arthritis ankylopoetica.

Przewlekły gościec stawowy typu „arthrosis". (Les arthroses). Coste i Lacapère.
La Presse Méd. № 23, marzec 1931.

Autorowie w swej poprzedniej pracy zajmowali się wyłącznie grupą zapalną różnych postaci przewlekłego gośćca stawowego („arthritis"), obecnie przechodzą do omówienia drugiej grupy— Osteoartropatji zwyrodnieniowych („arthrosis"), mających swoje źródło, w przeciwieństwie do poprzedniej grupy zapalnej, w zaburzeniach odżywczych.

Etjologja. Wiek późniejszy, najwięcej przypadków przypada na wiek starczy (czynnik „zużycia" stawów). Pewną rolę grają tu: miażdżyca, starcze rozrzedzenie kości, choroby ogólne — zakaźne i inne, przepracowanie, braki w odżywianiu i w higjenie, wreszcie — czynnik o dużem znaczeniu etjologicznem dla różnego typu „arthrosis" — zaburzenia czynnościowe gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu. Poza tem grają tutaj rolę zaburzenia statyki stawów — wadliwe ustawienie, zesztywnienia stawów sąsiednich, zwiotczenie więzadeł, niedomoga mięśni okolicznych, — powtarzające się urazy lub też jednorazowy silny uraz i zaburzenia rozwojowe danego stawu.

Obraz kliniczny. Ze względu na brak większych zmian w maziówce stawu, nie spotykamy tu zasadniczo obrzmienia okolicy stawu i nacieczenia miękkich tkanek przystawowych, właściwego dla „arthritis“. Zato końce stawowe są zgrubiałe i zniekształcone ((guzy, wyrośla kostne). Przy wykonywaniu ruchów słychać trzeszczenie i tarcie, uwarunkowane przez nierówności powierzchni stawowych i obecność wolnych ciał wewnątrzstawowych (ewentualne blokady stawu). Do zesztywnienia nie dochodzi prawie nigdy, ruchy pozostają rozległe pomimo znacznego nieraz zgrubienia i zniekształcenia końców stawowych i głośnego trzeszczenia, co nawet stanowi kontrast uderzający. Schorzenie to na stanie ogólnym chorych nie odbija się wcale (w przeciwieństwie do „arthritis“), badanie krwi odchyleń od normy nie wykazuje. Zdjęcie rentgenowskie wykazuje zmiany zupełnie odrębne od tych, jakie się widzi w przypadkach „arthritis“, a mianowicie: znaczne zniekształcenie końców stawowych, wyrośla kostne (becs de perroquet), brak wyraźnych odwapnień.

Anatomja patologiczna. Proces chorobowy zaczyna się zwykle od chrząstki stawowej — w środkowych jej częściach zjawiają się plackowate ogniska żółtawe, w których chrząstka uległa zwyrodnieniu, a następnie — obumarciu, w miejscach tych zostaje obnażona substancja gąbczasta kości, która ulega uwapnieniu; tymczasem w obwodowych częściach chrząstki powstają wyrośla chrzęstne, które mogą oddzielić się całkowicie i dać początek wolnemu ciału wewnątrz-stawowemu; z bocznych powierzchni nasad wyrastają wyrośla kostne różnego kształtu, które czasami powodują, że powierzchnie stawowe wydają się jakby szersze, rozleglejsze. Maziówka — w przeciwieństwie do postaci chorobowych z grupy zapalnej (arthritis) — ulega zmianom niewielkim, i to dopiero w późnym okresie choroby.

Postacie kliniczne: a) tak zwane suche zapalenia stawów — kolanowego, biodrowego (Malum coxae senile) i innych, b) gościec stawowy kręgów lędźwiowych z wyroślami kostnemi (osteophytes), c) gościec guzowaty dłoni (Heberden) i d) gościec zniekształcający stóp i palców.

Podzieliwszy w ten sposób wszystkie objęte dotychczas nazwą przewlekłego gośćca stawowego schorzenia na dwie grupy: przewlekłe zapalenia stawów i osteoartropatje zwyrodnieniowe, należałoby właściwie nazwę „gośćca“ zachować wyłącznie dla ostrej postaci zapalenia stawów, rheumatismus articulorum acutus.

Migdałki podniebienne jako punkt wyjścia zakażeń ustroju i wskazania do ich wycięcia. (Le problème amygdalien). Dufourmentel.
Paris Médical № 9, luty 1931.

Na ostatnim Zjeździe Oto-rhino-laryngologicznym we Francji tematem programowym były następujące dwa zagadnienia: rola migdałków podniebiennych w powstawaniu zakażeń ogólnych ustroju i wskazania do całkowitego wycięcia migdałków. Duża większość uczestników Zjazdu wypowiedziała się za przyznaniem migdałkom ogromnej roli w powstawaniu różnych zakażeń ogólnych i przerzutowych ustroju, zwłaszcza przewlekłych zakażeń nerek, przewodu pokarmowego, przydatków i stawów; w związku z tem żądano możliwie szerokiego stosowania doszczętnego wycięcia migdałków. Mniejszość zaś była za tem, że owe wiązanie zakażania ustroju z migdałkami jest co najmniej mocno przesadzone, a wycinanie doszczętne migdałków jest tylko wyjątkowo wskazane; przestrzega jednocześnie przed uważaniem wycięcia doszczętnego migdałków za pewnego rodzaju panaceum na rozmaite schorzenia.

Autor pracy niniejszej staje po stronie tych ostatnich, występując zdecydowanie przeciwko wycinaniu doszczętnemu migdałków wogóle, za wyjątkiem przypadków, w których zakażenie migdałków zdradza znaczne tendencje nawrotowe, i to tylko u dorosłych. Migdałki mają niemałe znaczenie fizjologiczne, grając rolę barjery ochronnej przeciwko zakażeniom u wejścia do gardła, dlatego też ich usunięcie zupełne nie jest bynajmniej obojętne dla ustroju, tembardziej, że w większości przypadków jest naprawdę niepotrzebne, gdyż wystarcza tu dla celów leczniczych zwykłe ich wycięcie niecałkowite (subtotale). Pomijając już względy zasadnicze, zupełne wycięcie migdałków — zabieg technicznie dość trudny i długotrwały — pozostawia w licznych przypadkach bardzo przykre następstwa w postaci stałej suchości w gardle, częstego kaszlu, schorzenia gruczołów chłonnych na szyi, uporczywych nieżytów oskrzeli.

Co się tyczy przypisywanej migdałkom roli w powstawaniu różnych zakażeń ustroju, to ich znaczenie jest tutaj mocno przesadzone, czy to chodzi o zapalenie nerek, stawów, czy też o płonicę. Migdałki u wielu ludzi nawet zupełnie zdrowych są zakażone różnemi drobnoustrojami chorobotwórczemi, tak zresztą, jak i cały odcinek górnych dróg oddechowych, ale zakażenie to pozostaje ściśle umiejscowione, w charakterze poniekąd zakażenia fizjologicznego.

Powtarza się tu to zjawisko, które dotyczyło w swoim czasie wyrostka robaczkowego (profilaktyczne wycinanie wyrostka), a ostatnio — wpływu zakażeń zębów na powstawanie zakażeń ogólnych (Ameryka); wiązanie zakażeń zębowych z powstawaniem całego szeregu odległych zakażeń ustroju, spowodowało masowe wyrywanie zębów obywatelom U. S. A., dopóki nie nastąpił zwrot w odnośnych poglądach i stopniowe wycofywanie się z tej do pewnego stopnia ekstremistycznej pozycji.

Zapalenia żył pooperacyjne. (La phlebite postopératoire). Schwartz, Fisch i Schil.
Paris Médical № 9, luty 1931.

Zapalenie żył pooperacyjne jest zasadniczo schorzeniem zakaźnem, w którem udział drobnoustrojów chorobotwórczych jest czynnikiem pierwszorzędnej wagi. Bez udziału drobnoustrojów niema zapalenia żył; inne czynniki jak zastój krwi w danej żyle, lub zwiększenie krzepliwości krwi i zawartości w niej płytek krwi — grają tutaj tylko rolę drugorzędną czynników sprzyjających. Zwiększenie zawartości we krwi płytek i substancji włókniko-

rodnej jest następstwem urazu operacyjnego, co się zaś tyczy pochodzenia drobnoustrojów, wywołujących zapalenie żył pooperacyjne, to poza przypadkami, w których żyła odnośna styka się bezpośrednio z zakażonem środowiskiem pola operacyjnego, we wszystkich innych — drobnoustroje owe pochodzą z przewodu pokarmowego; są to — prątki okrężnicy, enterokoki i gronkowce.

Następujące fakty przemawiają za tem, że w przypadkach zapalenia żył drobnoustroje odnośne nie pochodzą z miejsca operacji. Powikłanie to występuje szczególnie często po operacjach wybitnie jałowych i przy gojeniu się rany rychłozrostem, a żyła schorzała jest zwykle położona daleko od pola operacyjnego. Zapalenie żył wikła często przebieg pooperacyjny wycięcia macicy wskutek włókniaków, a rzadko — wskutek zapalenia ropnego jajowodów z zapaleniem otrzewnej małej miednicy.

Zostało stwierdzone wielokrotnie, że pewne drobnoustroje mogą przechodzić ze światła jelit, poprzez ścianę zupełnie nawet zdrową, do krwiobiegu, poczem albo osiedlają się w jednym z narządów, w którym znajdują odpowiednie warunki do rozwoju (żylaki), albo zostają wydzielone przez nerki wraz z moczem. Dlatego też zapalenie pooperacyjne żyły tylko wówczas się rozwija. jeśli drobnoustroje odnośne dostaną się do zmienionej chorobowo żyły. Tem się tłumaczy do pewnego stopnia, dlaczego zapalenie żył umiejscawia się tak rzadko w zakresie kończyn górnych i szyi i tylko wyjątkowo występuje u dzieci.

Reasumując wyżej powiedziane, autorowie twierdzą, że koniecznym warunkiem do tego, żeby powstało pooperacyjne zapalenie żyły, jest osiedlenie się krążących we krwi drobnoustrojów (pochodzenia, jelitowego) w schorzałej uprzednio żyle; czynnikiem sprzyjającym są tutaj: zwiększenie zawartości we krwi — w okresie pooperacyjnym — płytek krwi i substancji włóknikorodnej.

Mniej więcej taki sam jest mechanizm powstawania zapalenia żył w połogu.

Autorowie, mając na celu zwalczanie powyższego powikłania pooperacyjnego, stosowali przez dwa lata w całym szeregu przypadków, przed operacjami brzusznemi, szczepionkę ochronną (bact. coli, enterococcus, staphylococcus). Między innemi, zastosowano leczenie powyższe w 38 przypadkach włókniaków macicy — tylko w jednym rozwinęło się po operacji zapalenie żyły (żyły odpiszczelowej, zmienionej żylakowato), zresztą o przebiegu bardzo łagodnym. Jedna chora na włókniaki macicy była operowana bez uprzedniego szczepienia i chora ta zmarła wskutek zatoru tętnicy płucnej.

Dla orjentacji należy zaznaczyć, że częstość występowania zapalenia żył po operacji włókniaków różni autorowie określają na 15%.

Powikłania pooperacyjne po wycięciu pęcherza żółciowego i sposoby ustrzeżenia od nich. (Les petits accidents de la cholecystectomie). Vander Elst i de Langre.
La Presse Méd. № 23, marzec 1931.

I. Krwawienia pooperacyjne. Rozróżniamy tu dwa rodzaje krwawień: wczesne (w ciągu pierwszych 36 godzin po operacji) i późne (po wyjęciu sączków gumowych lub gazowych). Przyczyną wczesnych krwawień może być albo sączenie się krwi z łożyska wyciętego pęcherza — jest to krwawienie zwykle mało obfite, niegroźne i nie wymagające interwencji, albo z tętnicy pęcherzykowej (wskutek spełznięcia podwiązki) — co daje krwawienie obfite i groźne dla życia i wymagające natychmiastowego puszczenia szwów i podwiązania miejsca krwawiącego.

Przyczyną późnych krwawień jest zawsze sączenie się krwi z łożyska pęcherza (krwawienie włosowate) i jako takie nie wymaga żadnego specjalnego zabiegu. Dużą rolę w powstawaniu tego rodzaju krwawień gra niedomoga wątro-

by pod postacią zmniejszonej krzepliwości krwi i nadmiernej kruchości naczyń, co ze swojej strony wymaga odpowiedniego leczenia.

II. Wyciekanie żółci. Jest naogół powikłaniem, względnie dobrotliwem. Może wystąpić w pierwszych dniach po operacji (sączenie się żółci z łożyska pęcherza lub zsunięcie się podwiązki z przewodu pęcherzykowego) lub dopiero po tygodniu — po odpadnięciu podwiązanego kikuta przewodu pęcherzykowego. W jednym i drugim przypadku wyciekanie żółci ustaje samoistnie w ciągu kilku dni. Bądźcobądź jest jednym z motywów, przemawiających za pozostawieniem w ranie po wycięciu pęcherza sączka gumowego.

III. Żółtaczka może zależeć od niedomogi pooperacyjnej wątroby, od ucisku wysięku zapalnego lub wynaczynionej krwi, względnie sączka gumowego na przewody żółciowe, lub wreszcie, od jakiegoś poważniejszego obrażenia tych przewodów (np. podwiązanie przewodu wspólnego) w czasie operacji. Do najczęstszych należy żółtaczka, wywołana przez przejściową niedomogę wątroby; ma przebieg łagodny, bez odbarwienia stolców i mija bez śladu w ciągu kilku dni. Nieco poważniejszy przebieg ma żółtaczka wskutek zapalenia pooperacyjnego przewodów żółciowych (zwykle chodzi tutaj o zaostrzenie procesu zapalnego trwającego już przed zabiegiem) — z gorączką, dreszczami i odbarwieniem stolców; ale jej ostateczne zejście jest również pomyślne i przebieg nie długotrwały.

IV. Zwężenia pooperacyjne odźwiernika i dwunastnicy. Czasami objawy zwężenia występują zaraz po operacji,i wówczas należy je odnieść do ucisku sączków na okolicę odźwiernika; usunięcie sączków usuwa i objawy zwężenia (wymioty). O ile zaś objawy te występują dopiero po pewnym czasie, zależą one wówczas od wytwórczego, zrostowego zapalenia otrzewnej okolicy podwątrobowej, upośledzającej z czasem drożność odźwiernika i dwunastnicy. W tych przypadkach pozostaje tylko wykonanie następowe zespolenia żołądkowo-jelitowego.

Jak ustrzec chorego przed wystąpieniem powyższych powikłań?

W czasie operacji należy bardzo dokładnie zrewidować przewody żółciowe i obmacać okolicę brodawki Vatera, kikut przewodu pęcherzykowego i tętnicę pęcherzykową należy podwiązywać oddzielnie; obszywanie otrzewną kikuta i łożyska pęcherzykowego nie jest konieczne, ale zato pozostawianie w ranie po operacji sączka gumowego (ewentualnie i gazowego) uważają autorowie za bezwzględnie wskazane w każdym przypadku, przyczem koniec sączka powinien się znajdować w najbliższem sąsiedztwie kikuta przewodu pęcherzykowego, ale go nie dotykać.

M. Czyżewski.

POŁOŻNICTWO.

Znaczenie braku vitamin w patologji położnictwa. (Rôle des avitaminoses en physiopathologie obstétricale). Vigues Henri.

Progrés méd. 1930. I, str. 1329.

Kobieta ciężarna potrzebuje więcej vitamin niż osoba poza ciążą się znajdująca, tak ze względu na płód, jak na rozwój własnych narządów rodnych; podobnie sprawa się przedstawia, jeśli chodzi o matki karmiące.

Vitamina A znajduje się w dużej ilości w mleku kobiecem, zwłaszcza w młodziwiu. W doświadczeniach na zwierzętach stwierdzono, że brak vitaminy A odbija się na większej zakażalności matek, zwłaszcza w połogu, i na ciężkich zmianach patologicznych u noworodka, jak naprz. Xerophthalmja.

Brak vitaminy B wyraża się w zachorzeniu matek na beri-beri, chorobę dla kobiet rzadką. Podobnież niemowlęta zapadają na lekką formę beri-beri, jeśli w mleku im podawanem brak wspomnianej vitaminy.

Gnilec (szkorbut) będący skutkiem braku vitaminy C rzadko występuje w ciąży. Dopiero pod jej koniec brak vitamin C w pokarmie odbija się na zdrowiu ciężarnej, dając objawy skorbutu. Przypuścić należy jakieś ochronne działanie ciąży na organizm matki.

Natomiast dla niemowlęcia brak vitaminy C w pokarmie jest bardzo niebezpieczny, gdyż wywołuje najpierw skłonność do zakażeń, a potem niedokrwistość i wreszcie krwawienia z rozmaitych narządów, jak oczy, nerki, skóra; ponadto występują zaburzenia w rozwoju kośćca.

Tak zwana dystrophia niemowląt zależy prawdopodobnie od braku vitaminy C.

Vitamina D — przeciwkrzywicza jest nieodzownym składnikiem pożywienia dla matki, która inaczej cierpieć zaczyna na rozmiękczenie kości, a dla niemowlęcia brak tej vitaminy w pokarmie jest przyczyną krzywicy, która tylko zapomocą podawania wapna i vitaminy D może być czy zwalczona, czy powstrzymana w rozwoju.

Wreszcie brak vitaminy E (znajdującej się w sałacie świeżej, zbożu, żółtku jaja i w mięśniu) prowadzi do bezpłodności, a może do obumierania płodów w macicy.

Obecność innych vitamin jest również potrzebna do zapłodnienia: mianowicie już zmniejszenie witaminy A zmniejsza płodność zwierzęcia doświadczalnego, a brak vitaminy B zatrzymuje jajeczkowanie, doprowadzając do zaniku pęcherzyków.

Amerykańska statystyka w sprawie stosunku ciąży do gruźlicy płuc. (Une statistique americaine sur les rapports de la tuberculose pulmonaire et de la grossesse). Le Lorier V.

Bull. méd. R. 1930. II półrocze, str. 701.

Sprawa wpływu ciąży na gruźlicę płuc jest ciągle jeszcze sporna. We Francji panuje dążenie do nieprzerywania ciąży u osób chorych na gruźlicę płuc z tego powodu, że dziecko może urodzić się zupełnie zdrowe, a z drugiej strony nie ma dotychczas żadnego pewnego objawu, na zasadzie którego można było przewidzieć dalszy przebieg gruźliczy pod wpływem ciąży. To też przypuszcza się we Francji, że przerwanie ciąży nie jest bynajmniej zabiegiem koniecznym w stosunku do rozwijającej się gruźlicy.

W Niemczech natomiast wykonywuje się przerwanie ciąży w ciągu pierwszych 4 mies. ciąży, przy czynnej sprawie gruźliczej w płucach.

Statystyka amerykańska, dotycząca omawianej sprawy stwierdza, że z 385 osób chorych na

gruźlicę płuc, u których ciąży nie przerwano, 78% wykazało poprawę lub stan bez zmian; w zaawansowanych przypadkach jeszcze 65%, a w ciężkich — 28% wykazało stan bez zmiany, lub poprawę. Z 328 gruźliczek zmarło w czasie ciąży zaledwie 2,1%. Dzieci urodzone były przeważnie zupełnie normalne.

Z drugiej zaś strony przerwanie ciąży dało bynajmniej nie zawsze poprawę stanu płuc, a w 32% przyp. nawet pogorszenie. Oczywista najlepiej skoro gruźliczka wystrzega się ciąży. Oddzielenie dziecka od matki gruźliczki stosują amerykanie głównie dla ułatwienia jej życia; sprawę zakażalności dziecka traktują oni pobieżnie.

Rozpoznanie różniczkowe pomiędzy guzami w brzuchu, a ciążą. (Diagnostic différentiel des tumeurs abdominales et de la grossesse). Vaudescal R.
Journ. Méd. Franç. I. 20, № 1, 1931.

Aby rozpoznać ciążę tam, gdzie ona jest zamaskowana przez podejrzenie na guz w brzuchu trzeba przedewszystkiem pamiętać o ciąży przy badaniu i szukać wszystkich jej objawów (kurczliwość, objaw Hegara); jeśli w grę wchodzi ewent. rozpoznanie mięśniaka, można wobec stanu wątpliwego spokojnie czekać aż do czasu, kiedy objawy ciąży mogą stać się zupełnie wyraźne.

Macica ciężarna w tyłozgięciu daje asumpt do rozpoznania małej, twardej macicy (w istocie część pochwowa) i guza przydatków, najczęściej torbieli jajnikowej. Obserwacja i odprowadzenie tyłozgiętej macicy ku przodowi może wyjaśnić wątpliwości.

Błąd odwrotny, t. j. uznanie za ciążę guzów w brzuchu, naprz. miękkiego mięśniaka jest trudny do ominięcia, ale też nie jest groźny, gdyż obserwacja wówczas stosowana pomoże z biegiem czasu do wyjaśnienia wątpliwości.

W przypadkach wyjątkowo trudnych autor radzi uciekać się do badań pomocniczych, jak to: próba biologiczna na myszkach (Zondek-Aschheim) badanie rentgenowskie po wprowadzeniu lipiodolu (niebezpieczne dla ciąży) i sposób Reeb'e, t. j. injekcje hypophysyny, pod której wpływem macica ciężarna twardnieje jak deska, macica zaś normalna, lub guz nie reaguje zupełnie lub słabo. Próba ta też może być dla ciąży niebezpieczna, to też winna być stosowana ostrożnie.

Kiedy i jak można rokować o porodzie w czasie ciąży? (Quand et comment, au cours de la grossesse, doit — on faire le prognostic mécanique de l'accouchement). Voron J., H. Pigeand et A. Brochier.
Paris méd. r. 1930. II. półr., str. 81.

Koniec 8-go miesiąca — to czas, w którym określić można położenie płodu, wstawienie się główki w stosunku do wymiarów miednicy. W tym samym czasie należy przeprowadzić badanie ogólnego stanu (badanie serca, płuc, nerek i t. d.). Główka z początkiem 9-go mies. ciąży powinna już zstąpić do miednicy; o ile główka jest nieustalona wykonać można próbę wciśnięcia jej do miednicy małej.

Badanie kostnej miednicy winno mieć na uwadze poza wymiarami położniczemi przedewszystkiem kształt i ustawienie wzgórka kości krzyżowej (promontorjum).

Jeśli chodzi o części miękkie, to wielkiej wagi jest stwierdzenie rozciągnięcia dolnego odcinka już w końcu ciąży obejmującego część przodującą płodu. Objaw ten jest pomyślny dla rokowania o przebiegu porodu.

Rozpoznanie ciąży bliźniaczej. (Le diagnostic de la grossesse gémellaire). Suzor R.
Journ. Méd. Franç. T. 20. № 1, 1931.

W krótkim wykładzie klinicznym autor przypomina najważniejsze podstawy rozpoznania ciąży mnogiej, przedewszystkiem bliźniaczej.

Na wstępie autor przypisuje prawie patognomoniczne znaczenie ostremu wielowodziu, który pozwala rozpoznać ciążę bliźniaczą i to jednojajową.

Przechodząc z kolei do badania klinicznego pamiętać należy: 1) o anamnezie rodzinnej, co do ciąż mnogich, 2) o stosunku wielkości macicy do przypuszczalnego wieku ciąży. Badanie objektywne wykazuje znaczne rozciągnięcie powłok brzusznych, połączone z obrzękiem w dole brzucha i w okolicy sromu, co jest obawem przedewszystkiem zaburzeń w wydzielaniu zwiększanej ilości wydalin płodowych dwu płodów. Wymacanie więcej jak dwu większych części płodu rozpoznanie wyjaśnia, ale nawet tylko dwie większe części płodu wymacane, pozwalają na postawienie rozpoznania ciąży bliźniaczej, o ile są one, albo zbyt oddalone

od siebie, albo odwrotnie, leżą do siebie zbyt blisko.

Badanie wysłuchowe dopełnia rozpoznanie. Wreszcie w trudnych przypadkach uciec się należy do badania rentgenowskiego, wyjaśniającego zazwyczaj odrazu sprawę.

O wiele trudniejsze jest rozpoznanie czy mamy do czynienia z ciążą bliźniaczą jedno — czy dwu jajową. Pomocnem może tu być obmacanie dokładne kształtu macicy, który przy ciąży jednojajowej staje się asymetryczny, a to z tego względu, że jeden z płodów, przetaczający krew do drugiego, wywołuje mniejsze napięcie nad sobą ściany macicy. Zresztą ciąża jednojajowa jest uważana przez niektórych autorów, za sprawę patologiczną i to o tle luetycznym, na co ma wskazywać większy odsetek dodatniej reakcji Wassermanna w tych przypadkach.

Dane historyczne i uwagi w sprawie mechanizmu kleszczy, głównie odnośnie modeli o łyżkach nieskrzyżowanych. (Notes d'histoire et de mécanisme sur le forceps, étudié de preference dans ses modèles à branches non croisées). D e m e l i n L. A.

Rev. franç. Gynèc R. 25, str. 289, r. 1930.

Autor daje na wstępie przegląd wszystkich znanych dotychczas modeli kleszczy, omawiając ich wady i zalety i mechanizm ich działania.

Jest on, jak wiadomo, twórcą kilku modeli kleszczy i zaleca gorąco kleszcze o łyżkach nieskrzyżowanych, połączonych poprzeczną beleczką przy trzonkach. Lekko wygięte łyżki chwytają główkę mocno na dużej przestrzeni, co, oczywista, znakomicie wpływa na przebieg operacji kleszczowej.

W sprawie transportu w przypadkach krwotoków śródotrzewnowych w związku z ciążą pozamaciczną. (De la question du transport dans les hémorragies cataclysmiques de la grossesse ectopique). S a n t o s M.

Bull. Soc. Obstetr. Paris. T. 19, str. 472, 1930.

Na zasadzie swych rozważań autor dochodzi do następujących wniosków: leczenie ciąży poza macicznej winno być operacyjne; stronnicy czekania, aż minie okres shock'u są coraz mniej liczni. W klinice sprawa ta jest łatwa do załatwienia, gdyż tam w każdej chwili wykonać można konieczną operację. Natomiast w przypadku, gdzie chora znajduje się w dużej odległości od szpitala, czy kliniki, i do tego dzieli ją od nich zła droga — sprawa transportu chorej staje się kwestją bardzo poważną.

W ciężkim stanie przewiezienie chorej jest b. niebezpieczne, to też raczej winien operator z odpowiednią asystą udać się do niej i na miejscu operację wykonać. Jeśli stan chorej po ciężkim napadzie utrzymuje się bez zmiany, choćby godzinę, bezwzględnie należy od transportu chorej odstąpić.

Badanie wewnętrzne również nie jest bez znaczenia, gdyż może spowodować wzmożenie się krwotoku; to też tam, gdzie jest ono konieczne, należy wykonywać go bardzo ostrożnie i potem chorą b. ściśle obserwować.

Krwawienie wśródotrzewnowe pochodzenia jajnikowego. (Hémorragies intrapéritoneales d'origine ovarienne). H a l l e r M.

Rev. de Chir. T. 49, str. 132, r. 1930.

W związku z 3 przypadkami krwawienia do jamy otrzewnowej o pochodzeniu jajnikowem autor omawia te krwawienia, dzieląc je na następujące grupy: 1 — krwawienie z pękniętego pęcherzyka Graafa, albo, co częściej, z ciałka żółtego; II — t. zw. l'apoplexie ovarienne, czyli infiltracja krwawa tkanki łącznej jajnika; III — kilka krwiaków powstałych z pęcherzyków Graafa, łączy się ze sobą, krew wsiąka do tkanki łącznej i ostatecznie tworzy się torbiel wypełniona krwią; IV — skręcona torbiel jajnikowa pęka i powoduje wylew krwawy.

Rozpoznanie wyżej opisanych stanów jest zazwyczaj niemożliwe przed otwarciem jamy brzusznej; sprawę wyjaśnia dopiero operacja. Oczywista, leczenie polega na usunięciu schorzałego jajnika.

Trzy przypadki krwawień z narządów płciowych po okresie przekwitania o bardzo rozmaitej patogenezie. (Trois observations d'hémorragies génitales post — ménopausiques de pathogénie tres differénte). P e t i t — D u t a i l l i s P.

Bull. Soc. Obstétr. Paris. T. 19, str. 80, r. 1930.

Przypadek I. Twardy nabłoniak, składający się z płodowych niezróżniczkowanych komórek wychodził z jajnika i był przyczepiony do końca strzępków jajowodu; przez tenże jajowód przechodziła krew z nowotworu do macicy i na zewnątrz, dając krwawienie, jako objaw. Śluzówka macicy była w zaniku. Usunięto macicę nadpochwowo wraz z przydatkami.

Przypadek II. Od paru miesięcy krwawi pomimo, że była naświetlana promieniami Roentgena, z powodu tego, że rozpoznawano u niej raka. P.—D. wykonał hystero-salpingografję, stwierdził zamknięcie obustronne jajowodów, rozpoznał zapalenie przydatków, co potwierdzono w czasie operacji. Pyosalpiux po jednej, salpingitis chronica po drugiej stronie.

Przypadek III. 68-letnia kobieta miewa od czasu do czasu obfite ropne, niekiedy cuchnące upławy, niekiedy z domieszką krwi. Wykonano skrobanie i hystero-salpingografję, z wynikiem ujemnym. Wobec tego rozpoznano endometritis senilis.

Skrobanka nawet u osób starszych jest niekiedy nieodzowna, pomimo niezaprzeczalnego, związanego z nią niebezpieczeństwa.

Wpływ siły ciążenia na statykę macicy. (Influence de la pesanteur sur la statique utérine). C a u d a m i n R.

Lyon. méd. 1930. II, str. 217.

Autor stosuje w rozumowaniach swoich szeroko dane z anatomji porównawczej. Przypomina on, że u zwierząt czworonożnych nie znane jest zupełnie wypadanie macicy, wreszcie jej opuszczenie, chyba w nieznacznym stopniu u małp i kóz, które od czasu do czasu właśnie przybierają postawę pionową. Narząd rodny kobiecy i narządy jamy brzusznej opierają się na stosunkowo sła-

bej przeponie miednicowej, osłabionej ponadto przez przebyte porody.

Znaczenie aparatu więzadłowego jest, zdaniem autora, drugorzędne; w znacznej mierze więzadła są tylko rusztowaniem dla nerwów i naczyń krwionośnych. Nie znaczy to jednak, że więzadła nie mają żadnego znaczenia dla utrzymywania macicy w jej prawidłowym położeniu, ważniejsze jednak są następujące czynniki: pochwa z jej mocnem połączeniem z kiszką prostą i z pęcherzem, mięśnie dźwigacze odbytu i przepona moczopłciowa.

Opadanie macicy często jest skutkiem zwolnionego krążenia krwi i zaniku mięśni.

Tętnice, żyły i naczynia chłonne miednicy małej, stanowią rodzaj elastycznego materaca, niepozbawionego działania podtrzymującego narząd rodny. Wnioski lecznicze: położenie kolankowołokciowe dla naprawy tyłozgięcia, i od czasu do czasu konieczność wypoczynku kobiety w pozycji leżącej, dla zniesienia siły ciężkości.

Próba klasyfikacji i leczenia zapaleń tkanki łącznej miednicy małej u kobiety. (Essai de classification et de therapeutique des cellulites pelviennes genitales chez la femme). P o u l i o r L.
Revue Franç. Gynec. Obstétr. T. 25, str. 628, 1930.

Klasyfikacja autora nie dość wypracowana, nie wnosi nic nowego.

Leczenie zapaleń tkanki łącznej miednicy małej, zwanej w szkole niemieckiej „parametrium", polegać winna przedewszystkiem na leczeniu przyczyny, wywołującej omawiane schorzenie.

Stanowisko to nie zwalnia nas jednak bynajmniej od leczenia samego zapalnego stanu przymacicza. W okresie początkowym autor poleca: 1) irrygację z dodatkiem rozczynu siarczanu miedzi z 6.0 — 300.0 wody, 2) małe lawatywki z 0,75 antipyriny + 0,25 pyramidonu, 3) czopki z belladonną i maścią rtęciową. Jako środek przeciwbólowy poleca autor lawatywki z dodatkiem 15—20 kropli mieszaniny àà tct. hyosciami, tct. belladonnae.

W przypadkach opornych z twardemi naciekami autor radzi injekcje podskórne 2 cm^3 rozczynu thiosinaminy z antipyriną; w 10 min. po injekcji należy wykonać masaż. Następnym z kolei środkiem leczniczym jest diatermia, względnie kolumnizacja pochwy za pomocą błota radjo-czynnego.

Wreszcie po zupełnym uspokojeniu wskazane są kuracje kąpielowe, solankowe, błotne lub siarczane.

Wyłączne leczenie rentgenowskie raka części pochwowej i nawrotów pooperacyjnych. (Les rayons X employes seuls dans le traitement des cancers du col de l'utérus et des récidives aprés hysterectomie). G u n s e t t A.
Journ. belge. Radiol. T. 19, str. 155, 1930.

Rzadko stosunkowo w literaturze znajdują się dane z leczenia tylko promieniami przypadków raka części pochwowej, nadających się do operacji, t. j. należących do I i II grupy. Autor opisuje jeden taki przypadek wolny od nawrotu już od 5 lat. Przytacza również przypadki gorsze nawet z IV grupy, które już od 3 — 4 — 5 lat czują się dobrze po leczeniu promieniami Roentgena.

Podobnie postępował autor w przypadkach nawrotów raka po operacji usunięcia całkowitego macicy. Przypadków takich było w latach 1922—1927 — 29, z których żyje 12, przyczem 7 z nich jest już od 5 lat bez nawrotów.

Oczywista, naświetlanie zapobiegawcze po operacji daje jeszcze lepsze wyniki, to też winno być szeroko stosowane.

T. Zawodziński.

CHOROBY SKÓRNE I WENERYCZNE

Obecne lecznictwo wyprysku. (Le traitement actuel de l'eczéma). J. D a r i e r i A. T z a n c k.
La Presse Méd. № 5 1931.

Zasadniczem pojęciem, na którem opiera się obecnie istota i lecznictwo wyprysku jest pojęcie wyprysku jako wyrazu nietolerancji skóry. Wyprysk nie jest już schorzeniem spowodowanem jakimś czynnikiem szkodliwym, jest natomiast odczynem skóry na liczne rozmaite czynniki, z których jedne są oczywiście szkodliwe same przez się inne zato wydają się nam zupełnie nieszkodliwe a są przez organizm nietolerowane. Z powyższych przesłanek wynika szereg wskazówek dla leczenia wyprysku. Dawki czynnika szkodliwego, jego istota mają znaczenie drugorzędne. Na pierwszym planie istnieje nietolerancja organizmu na zwykle sumujące się podniety i tą należy zwalczać. Problem więc odczulenia odgrywa w lecznictwie wyprysku dominującą rolę. W przypadkach wyprysku wchodzą w grę trzy zasadnicze momenty. 1) Czynnik wywołujący schorzenie, 2) organizm wrażliwy na ten czynnik t. zn. posiadający pewne właściwości tkanki lub odpowiednie substancje (reaginy), 3) bliżej nieokreślony mechanizm procesu, który zachodzi w organizmie uczulonym. Wobec tego można wytyczyć w lecznictwie wyprysku następujące kierunki:

a) leczenie miejscowe, wpływanie na sam proces powstania zmian wypryskowych,
b) leczenie przyczynowe, działanie na sam czynnik szkodliwy w sensie usuwania go,
c) leczenie przeciwwstrząsowe, unieczynnianie reagin,
d) odczulenie, wpływ na mechanizm reakcji,
e) leczenie zapobiegawcze, wpływ na organizm w sensie czynienia go niezdolnym do uczulenia.

Leczenie miejscowe: pierwszem wskazaniem jest pozostawienie miejsc schorzałych o ile możności w spokoju, aby proces odrodczy mógł odbywać się bez przeszkody (wstrzymanie się od zajęć zawodowych, leżenie w łóżku w przypadkach wyprysków uogólnionych). Drugiem wskazaniem jest oczyszczanie chorej skóry z substancji obcej zwłaszcza strupów przez kąpiele częściowe lub całkowite, zmywanie płynami jałowemi lub lekko antyseptycznemi (woda Alibioura) i szczelne okrywanie powierzchni przez wilgotne okłady aseptyczne. W późniejszych okresach stosuje się maści zawierające dużo wody a względnie mało tłuszczu lub pasty glicerynowe.

W przypadkach wyprysku powstającego na tle zakażenia pasorzytami (grzybice) najlepsze wyniki otrzymuje się, stosując rano nalewkę jodową 3% a na noc maść (3% ac. salic. lub 6% ac benzoic) działającą korzystnie przez swoje właściwo-

ści keratolityczne i przez swoją kwasotę. *Sabouraud* podaje w leczeniu wyprysków pasorzytowych maść chrysarobinową 0,1—0,6%, której stosowanie wymaga bacznej uwagi lekarza. Ponadto powierzchnie skóry zajęte wypryskiem, które ulegają łatwo zakażeniu należy poddać działaniu środków antyseptycznych mało drażniących, pamiętając o tem, że nawet najmniej drażniące środki mogą obudzić nietolerancję organizmu. W tych przypadkach najlepiej stosować w okresie początkowym zmywania rozcieńczoną wodą Aliboura (4 — 8 części wody), w okresie późniejszym maść rtęciową żółtą 5% z dodatkiem ac. salic. lub resorc. *Brocq* radzi zwilżania roztworem arg. nitr. Autorzy z powodzeniem stosowali alkohol 90%. Dla osłony schorzałej skóry najlepiej stosować pasty bogate w obojętne substancje suche (zinc. ox., talc.). W przypadkach przewlekłych, jeżeli mamy do czynienia z zliszajowaceniem skóry (lichenisatio) zaleca się stosowanie maści i past dziegciowych tumenolowych, siarkowych. Nowoczesne prądy w lecznictwie wyprysku usiłując zastąpić leki chemiczne lekami biologicznemi, wprowadziły do lecznictwa wyprysku dla stosowania miejscowego lysaty i filtraty szczepionek. Środki te nie dają lepszych wyników niż np. maść rtęciowa a stosowanie ich powinno się w każdym razie ograniczyć do przypadków wyprysku, w których istnieje wyraźny czynnik etjologiczny bakteryjny. Co się tyczy światłolecznictwa stosowanego miejscowo, to dobre wyniki otrzymuje się tylko po stosowaniu promieni X.

Leczenie przyczynowe polega na odsunięciu czynników zewnętrznych i pokarmów wyraźnie szkodzących w przypadkach wyprysku. Ta wskazówka ma zwykle tylko znaczenie teoretyczne, bo czynniki szkodliwe zwykle są nam nieznane, a jeżeli nawet są znane (wypryski zawodowe), to zmiana zawodu u chorych bardzo rzadko jest możliwa. Często postać wykwitów, ich umiejscowienie i ułożenie nasuwają pewne przypuszczenia co to ich etjologji. Jeżeli w badaniach nie znajdujemy wskazówki co do miejscowego działania szkodliwego jakiegoś czynnika (chemicznego, pasorzytniczego, bakteryjnego), należy zwrócić uwagę czy niema w organizmie jakiegoś odległego ogniska pasorzytniczego lub zakaźnego. Istnieją przypadki wyprysku szerzącego się drogą naczyń kwionośnych i drogą resorbcji z przewodu pokarmowego. Klasycznym przykładem tego drugiego typu są przypadki wyprysku u dzieci żywionych wyłącznie mlekiem. O ile uda nam się nawet stwierdzić jaki jest czynnik szkodliwy to leczenie przyczynowe, polegające na odsunięciu tego czynnika bardzo rzadko daje dobre wyniki. Zwykle organizm z czasem staje się wrażliwy na szereg czynników i usunięcie jednego z nich nie poprawia stanu chorobowego.

Odczulenie czyli walka z nadmierną wrażliwością organizmu będącą podłożem wyprysku może być specyficzne i niespecyficzne. Odczulenie specyficzne można przeprowadzić drogą zewnętrzną (szczepienia, skaryfikacja, okłady, wcierania itp.) i drogą przewodu pokarmowego, stosując coraz większe dawki antygenu. Wyniki leczenia tą metodą były niejednokrotnie dobre, nadzieje jednak pokładane w tej metodzie zwłaszcza w szczepieniach doskórnych, jako metodzie wyjaśniającej czynnik etjologiczny, zupełnie zawiodły, ponieważ wykwitów powstających spontanicznie w przypadkach wyprysku i powstających po szczepieniach nie można identyfikować, ponieważ różne okolice skóry jednego organizmu mogą mieć różną wrażliwość na dany antygen a w końcu ponieważ brak jest stałego związku pomiędzy wrażliwością skóry a wrażliwością innych tkanek organizmu.

Leczenie przeciwwstrząsowe czyli odczulenie nie specyficzne polega na wywoływaniu częstych nieznacznych wstrząsów na krótko przed zetknięciem się organizmu z antygenem szkodliwym. Najpospolitszym sposobem odczulenia nieswoistego jest podawanie doustne peptonu przed spożyciem pokarmu lub doskórne szczepienie peptonu. Tu należy także auto-hemoterapja i wszystkie metody jej pokrewne mające na celu wprowadzenie do ustroju koloidów o ile możności jak najmniej dla organizmu ludzkiego obcych, które, jak to sobie można wyobrazić, wiążą reaginy nagromadzone w organizmie nadczułym. Zaburzenia równowagi układu vago — sympatycznego i wydzielania endokrinów bardzo często daje się stwierdzić u egzematyków. Chcąc leczyć te dolegliwości zdani jesteśmy zwykle na próbowanie różnych leków. U wagotoników można podawać przetwory atropinowe, adrenalinę, ephedrynę, przetwory wapnia: u sympatykotoników pochodne ergotaminy, pilokarpinę, ezerynę itp. Leki ogólnie uspokajające nie wywierają żadnego wpływu korzystnego w przypadkach wyprysku i nawet nie uśmierzają swędzenia, a szczególnie opium i morfina, jako wywołujące samo przez się swędzenie, są przeciwwskazane. Jedynie przetwory bromowe dają niekiedy dobre wyniki.

Odkąd stwierdzono wpływ tarczycy na równowagę układu vago-sympatycznego i na zjawiska anafilaksji wprowadzono do lecznictwa wyprysku preparaty tarczycowe i pokrewne. Ważną rolę w lecznictwie wyprysku odgrywają przetwory jajnikowe, a ostatnio i jądrowe zwłaszcza w okresie dojrzewania i przekwitania. Mniej używane i nie dające się określić w sposobie działania są przetwory przysadki i grasicy. Prawidłowe działanie wątroby, tego filtru wszystkich substancji resorbujących się z kiszek, ma ważne znaczenie ochronne dla organizmu. Do normalnej czynności wątroby konieczny jest pewien stopień nasycenia jej miąższu cukrem. Na tem zjawisku opierając się, zastąpiono w lecznictwie mało skuteczne wyciągi wątrobowe i preparaty żółciowe glukozą w dużych dawkach. Trzustka oprócz insuliny dostarcza hormonu obniżającego ciśnienie krwi (angioxyl) i innych wywierających wpływ na układ vago-sympatyczny i na czynność wątroby.

Leczenie phylaktyczne: Częste spostrzeżenia dowodzą, że liczne substancje niezależnie od swoich właściwości farmakodynamicznych posiadają właściwości odczulające. Niektóre z tych leków znajdują się w grupie leków przeciwkiłowych (głównie arsenobenzole) i tem tłumaczy się niejednokrotne mylne rozpoznawanie wyprysków, świerzbiączek, astmy i t. p., jako schorzeń kiłowych nabytych lub wrodzonych. Leczenie skuteczne przy pomocy leków specyficznych dla innego schorzenia *Milian* nazwał hetero-terapją a tłumaczy to zjawisko tem, że zmiana ogólnych warunków biologicznych sama przez się już może odgrywać rolę czynnika leczniczego. Autorzy proponują nazwać ten sposób leczenia phylaktycznym (phylac-

tisme). Co do mechanizmu działania tej metody istnieje kilka teorji, żadna jednak nie jest dostatecznie uzasadniona. Co do leczenia zapobiegawczego, to obowiązują ogólne zasady higjeny i leczenie wszystkich współistniejących z wypryskiem schorzeń, a przedewszystkiem zaburzeń w przewodzie pokarmowym.

Choroba Nicolas - Favre'a (La maladie de Nicolas - Favre. Lymphogranulomatose inguinale subaiguë). Paul Chevallier, Jean Bernard.

Revue de Méd. 1930 Nr. 10.

W r. 1913 *Nicolas, Durand* i *Favre* zwrócili uwagę na szczególny przebieg niektórych ropnych, podostrych zapaleń gruczołów chłonnych w pachwinie. Od tego czasu poczęto wyodrębniać to schorzenie, któremu nadawano mu rozmaite nazwy. Schorzenie, obecnie prawie przez wszystkich zgodnie nazwane lymphogranulomatosis inguinalis subacuta ma anatomję patol. całkiem odrębną. Gruczoły chłonne tworzą duży, twardy, włóknisty guz, miejscami rozmiękły. Tkanka otaczająca wciągnięta jest do procesu zapalnego. W obrębie guza powstałego ze zlania się zapalnych gruczołów i tkanki otaczającej spostrzegamy wszystkie stadja procesu zapalnego, przyczem późniejsze tworzą ropnie chełboczące, mogące się zlewać i komunikować ze sobą. Ropa jest gęsta, żółtawa. Obraz histologiczny przypomina każdy proces przewlekły, przebiegający w gruczołach chłonnych, prowadzący do powstawania drobnych ognisk zgorzelinowych. Najbardziej typowy w obrazie histologicznym jest wygląd ropni, których ściankę tworzy prawie zawsze szerszy lub węższy rąbek epitelioidalny. Badania bakteriologiczne wykazały jałowość gruczołów objętych tym schorzeniem. Szereg bakterji i tworów znajdowanych przez niektórych autorów należy uważać za przypadkowe. Schorzenie to daje się przeszczepić na zwierzęta a wśród ludzi szerzy się drogą kontaktu płciowego. Możliwe jest również przeszczepienie sztuczne tego schorzenia na organizm ludzki.

Jak wykazano przez szczepienia skórne odpowiedniego antygenu, lymphogran. inguin. wywołuje odporność długotrwałą (10, 20 i więcej lat). Odporność ta nie jest jednak zjawiskiem stałem w przebiegu tego schorzenia. Z obecnych wyników badań, tyczących się patogenezy tego schorzenia można wnosić, że lymphogran. inguin. jest schorzeniem odrębnem, o dotychczas niewyjaśnionej patogenezie. Schorzenie to spotyka się częściej u mężczyzn i prawie wyłącznie w okresie dojrzałości płciowej. Okres wylegania trwa 10—25 dni. Początek choroby stanowi owrzodzenie pierwotne, czasem drobna nadżerka lub przeczos. Ten pierwszy okres przebiega z powodu bardzo nieznacznych tylko objawów klinicznych zwykle niezauważony. Pierwszemi objawami, które chory spostrzega jest niewielki guz albo ból w pachwinie lub objawy nieznacznego ogólnego niedomagania. Proces chorobowy, kroczący początkowo powoli w kilku etapach, wyraźnie dających się zauważyć, wciąga w stan zapalny sąsiednie gruczoły i tkanki. Bolesność zwiększa się, stan ogólny mało cierpi, zawsze jednak daje się zauważyć okres niedomagania ogólnego, niekiedy bóle w stawach. Ciepłota ogólna bywa nieznacznie podniesiona, wykazuje nieznaczne wahania. Wrotami wejścia bywa t. zw. owrzodzenie pierwotne. Jest to wykwit o wyglądzie zwykle banalnym, drobnej nadżerki, opryszczki, owalnej lub okrągłej, mało sączącej, niebolesnej, krótkotrwałej występującej u mężczyzn zwykle na żołędzi, napletku lub w rowku zażołędnym, u kobiet na wędzidełku. W okresie stwardnienia gruczołów pachwinowych schorzenie jest prawie zawsze jednostronne. Guz może osiągnąć wielkość jaja kurzego i większą, jest mało bolesny i w początkowych okresach daje się na podstawie poruszać. Stopniowo skóra, początkowo niezmienioną, zostaje wciągnięta w proces chorobowy, przybiera barwę czerwono-siną i grubieje z powodu jej nacieczenia. Po pewnym czasie zwykle proces przenosi się i na gruczoły chłonne biodrowe (gl. iliacae) i wtenczas wyczuwa się w głębi guz nieregularny, nieruchomy, nie zrośnięty jednak ze skórą, który może nieraz dojść znacznych rozmiarów. Inne gruczoły chłonne, śledziona i wątroba nie bywają zmienione. Przebieg schorzenia ma charakter podostry, w późniejszych okresach bezgorączkowy. Gruczoły schorzałe nieleczone nigdy nie ulegają resorbcji bez przebicia się nazewnątrz, zwykle po pewnym czasie tworzą się przetoki mnogie, wielkości łepka szpilki komunikujace z oddzielnemi ropniami, skóra w pachwinie przybiera typowy dla tego schorzenia wygląd podziurkowanej. W miejscu przetok nie powstają owrzodzenia, ropa wypływa w ilości niewielkiej, początkowo gęsta, z czasem stopniowo coraz bardziej surowicza. Gruczoły biodrowe nigdy nie przebijają się. W stan zapalny zostają stopniowo wciągnięte sąsiednie gruczoły i tkanki, schorzenie staje się przewlekłem, trwa miesiące, czasem lata, od czasu do czasu ulega zaostrzeniu. Do ropienia przyłącza się proces bliznowacenia. Następstwem tego bywa zmniejszenie guza, bliznowate wciągnięcia. Sprawa stopniowo wygasa, pozostawiając zgrubienia i zniekształcenia pachwiny.

Powikłania, jakie mogą nastąpić, są następujące: zakażenie dodatkowe banalnemi mikrobami (zgorzeli ani flegmony nie obserwuje się nigdy); jako następstwo nacięcia powstaje zwykle rozległe owrzodzenie, na którego dnie widać resztki gruczołów limfatycznych. Jako następstwo obliteracji dróg chłonnych powstają obrzęki i zgrubienia kończyn dolnych, utrzymujące się bardzo długo, czasem nawet trwałe, uniemożliwiające chodzenie. Nawrót schorzenia może wystąpić w kilka miesięcy, nawet i w rok po wygaśnięciu procesu zapalnego a powodem do tego może być jakiekolwiek inne schorzenie infekcyjne. Nawroty zwykle są krótkotrwałe.

Oprócz wyżej opisanego, typowego obrazu klinicznego może schorzenie przybrać i inny przebieg. Postać poronna, najczęstsza od czasu należytego kierunku w lecznictwie lymph. ing. nie doprowadza do powstania przetok, jakkolwiek gruczoły mogą tu i owdzie rozmiękać i skóra ulega zaczerwienieniu. Postać o gwałtownym przebiegu początkowym jest bardzo rzadką, częściej natomiast spotyka się przypadki lymph. ing. o dalszym przebiegu, przypominającym procesy ostre. Lymph. ing. może wikłać lub być powikłaną innem schorzeniem wenerycznem (wrzody miękkie, kiła). Opisano dotychczas jeden przypadek zropienia gruczołów biodrowych, przypadków przebiegających bez zajęcia gruczołów biodrowych dotychczas nie zauwa-

żono. Niektórzy autorowie opisali przypadki lymph. ing. przebiegające z zajęciem wszystkich gruczołów chłonnych. Niemożna zaprzeczyć, że mylnie rozpoznawano lymph. ing. w przypadkach ostrych, dobrotliwych zapaleń grucz. chł. po anginie i innych infekcjach. W ostatnich czasach *Frei* i *Koppel* przy pomocy szczepień odpowiednich antygenów dowodzą łączności pomiędzy lymph. ing. i t. zw. syphiloma anorectale.

W pierwszym okresie schorzenia spostrzega się niekiedy ślady dodatnich odczynów Wasser. a zwłaszcza Hechta. Objaw ten mija szybko. W moczu, krwi i ropie nie znajduje się zmian szczególnych (do znajdowanych w ropie t. zw. ciałek Gamny większość autorów nie przywiązuje żadnej wagi). Choroba Nicolas-Favre'a nie jest niebezpieczną dla życia, jest poważną z powodu swej długotrwałości i następstwa zbliznowacenia. Rozpoznanie jej w okresie ropienia jest łatwe skutkiem charakterystycznych przetok i powolnego postępowania sprawy. W okresie zbliznowacenia należy się w przypadkach wątpliwych uciec do rozpoznawczego szczepienia śródskórnego specyficznego preparatu gruczołowego, do t. zw. odczynu Frei'a, który w przypadkach lymph. ing. jest prawie zawsze dodatni.

Leczenie operacyjne: nacięcie rzadko wystarcza w leczeniu tego schorzenia, sprawa wymaga zwykle usunięcia schorzałych gruczołów, co pociąga za sobą szereg zaburzeń w krążeniu limfy, ponadto po zabiegu chirurgicznym obserwuje się często nawroty skutkiem niedokładnego usunięcia schorzałych gruczołów i długo utrzymujące się przetoki. Leczenie więc chirurgiczne rzadko daje dobre wyniki. Leczenie zachowawcze polega na stosowaniu promieni X i ten sposób daje wyniki zadawalające po jednokrotnem naświetleniu (po naświetlaniach wielokrotnych tworzą się większe blizny). Naświetlania promieniami pozafiołkowemi daje gorsze wyniki. Leczenie miejscowe i wstrzykiwania do gruczołów są bezskuteczne. Leczenie per os sposobem Le Dantec'a polega na pozostawieniu chorego w łóżku, założeniu lekko uciskającego opatrunku w pachwinie, podawaniu w razie zaparcia codziennie siarczanu sodu i zastosowaniu drogą doustną wzrastających dawek jodu. Wyzdrowienie następuje po 4 — 6 tyg. *Ravaut* stosuje dożylne wstrzykiwania roztworu Lugola, codziennie 5 — 10 cm^3 w równej ilości soli fizjol. Ten sposób sprowadza zmiany w żyłach, prowadzące aż do ich obliteracji i można tego częściowo uniknąć, rozpuszczając płyn Lugola w roztworze glukozy. Leczenie płynem L. można połączyć ze stosowaniem wstrzykiwań chlorhydr. emetiny (0.06 — 1.0) i wyniki są wtedy lepsze. Dobre wyniki otrzymuje się również, stosując winian antymonu ($^1/_{100}$ w soli fizjol.) w zastrzykach co 3 — 4 dni (5 — 10 cm^3) lub inne pochodne antymonu.

Niektórzy autorzy posługują się w leczeniu lymph. wstrzykiwaniami amonjakaln. roztworu siarczanu miedzi $^4/_{100}$, szczepionkami (Dmelcos), tuberkuliną. Autor poleca przedewszystkiem u leżących w łóżku leczenie solami antymonu, w razie niemożności pozostawienia chorego w łóżku leczenie jodem drogą doustną.

Dr. Zofja Jastrzębska.

KRONIKA

Pod kierunkiem prof. H. L. Rocher odbędzie się w Bordeaux w klinice chirurgji dziecięcej kurs dokształcający, poświęcony chirurgji wieku dziecięcego. Kurs trwa od 1 do 9 czerwca włącznie, wpis wynosi 200 fr. fr. Wobec tego, że u nas ten dział chirurgji naogół jest mniej znany i biorąc pod uwagę nazwisko kierownika kursu, zwracamy szczególnie uwagę naszych Czytelników na kurs powyższy. Szczegółowemi wyjaśnieniami chętnie służymy.

---

18 maja rozpocznie się w Paryżu dwutygodniowy kurs techniki hematologicznej i serologicznej. Wpis 250 fr. fr.

Od 26 do 28 maja odbędzie się w Leiden (Holandja) pod kierownictwem prof. Storm van Leeuwen'a w języku niemieckim kurs p. t. „Djagnostyka i terapja chorób allergicznych". Szczegóły u D-ra Jana Polaka, Łódź, 6-go Sierpnia 22.

Od 27 maja do 6 czerwca odbędzie się kurs dokształcający, poświęcony zaburzeniom rytmiki serca pod kierownictwem D-ra Lian'a. W związku z kursem odbędzie się zwiedzanie uzdrowiska Royat. Wpis 250 fr. fr. za kurs, 100 fr. fr. za wycieczkę.

Staraniem Wydziału lekarskiego uniwersytetu parsyskiego i T-wa dla rozwoju stosunków lekarskich między Francją a krajami zaprzyjaźnionemi prawie bezustannie odbywają się w Paryżu dłuższe i krótsze kursa, odczyty i t. p. we wszelkich specjalnościach. Dla braku miejsca nie możemy podawać tytułów tych wszystkich imprez, ale chętnie służymy Kolegom, chcącym się udać do Paryża bliższemi informacjami.

W lipcu w klinice otolaryngologicznej Uniwersytetu w Strassburgu (Prof. Canuyt), odbędzie się kurs poświęcony technice operacyjnej i terapji chirurgicznej chorób ucha, gardła i nosa. Czas trwania kursu od 16 do 26 lipca.

Jedno z najpoczytniejszych pism lekarskich Belgji, Bruxelles-Médical, wzorem lat ubiegłych urządza dla lekarzy i ich rodzin wycieczkę statkiem „Foucauld" pod kierownictwem wybitnego uczonego badacza krajów polarnych do Norwegji, Spitzbergen, krainy wiecznego lodu i t. d. Wycieczka rozpoczyna się 11 lipca w Dunkerque i kończy się tamże 6 sierpnia. Cena: 1-sza klasa 4.500 fr. fr., 2-ga klasa 1975 fr. fr. od osoby. Osobno za wycieczki 895 fr. fr. Informacji udziela: Section des voyages de Bruxelles-Medical, 29, Boul. Adolphe Max, Bruxelles.

KOMUNIKAT IV-GO ZJAZDU POLSKIEGO TOWARZYSTWA GINEKOLOGÓW.

Krakowskie Towarzystwo Ginekologiczne donosi, że miejscowy Komitet urządzenia IV-go Zjazdu Pol. Tow. Gin. zorganizował się definitywnie. W myśl uchwały Krak. Tow. Gin. z u. b. gospodarzem Zjazdu został prezes Krak. Tow.

Gin., obecnie Doc. Dr. January Zubrzycki, sekretarzem **Zjazdu Doc. Dr. Tadeusz Keller.** Inni członkowie Komitetu Zjazdu objęli kierownictwo poszczególnych sekcyj Zjazdu.

IV-ty Zjazd Pol. Tow. Gin. odbędzie się w dniach od 28-go do 30-go czerwca 1931 r. w Krakowie w salach Kliniki neurologicznej U. J.

Tematy programowe w myśl uchwały Walnego Zgromadzenia Tow. Ginek. Pol. są następujące: I. Zaburzenia jajeczkowania i krwawienia miesiączkowe (Kraków). II. Hormony płciowe (Warszawa). III. Czy zachodzi potrzeba rewizji wskazań do cięcia cesarskiego (Lwów).

Wszelkie zgłoszenia referatów na Zjazd, związanych z tematami programowymi i luźnych, proszę kierować do dnia 15-go maja b. r. pod adresem Komitetu IV-go Zjazdu Pol. Tow. Gin. w Krakowie, Klinika położniczo-ginekologiczna U. J. Kopernika 7. Tamże należy kierować wszelkie zapytania.

W dniach Zjazdu, w lokalu zjazdowym urządzona będzie wystawa lekarsko - farmaceutyczna. Zakłady i firmy, reflektujące na uzyskanie miejsc dla swych eksponatów, zechcą również zgłosić się pod adresem Komitetu najpóźniej do dnia 1-go czerwca b. r. Wcześniejsze zgłoszenia pożądane.

Komitet projektuje w ramach Zjazdu cały szereg wycieczek do miejsc klimatycznych, udogodnienia kwaterunkowe oraz zniżki kolejowe.

Równocześnie przypominamy uchwałę Pol. Tow. Gin. z dnia 28-go września 1929, w myśl której skład Wydziału Pol. Tow. Gin. jest następujący:

Prezes: vacat, zastępca prezesa Prof. Dr. Władysław Jakowicki, pierwszy sekretarz Doc. Dr. Tadeusz Keller, drugi sekretarz Dr. Wacław Zaleski, skarbnik Dr. Bruno Wojciechowski, członkowie zarządu: Dr. Ada Markowa, Dr. Jan Szancenbach, Doc. Dr. Józef Szymanowicz, Doc. Dr. January Zubrzycki, członkowie komisji rewizyjnej: Dr. Adam Ackerman, Dr. Ludwik Friedmann, Dr. Tymoteusz Piotrowski.

Poza tem uchwalono, że członkowie Pol. Tow. Gin. zobowiązani są do składania 10 zł. rocznie na rzecz Pol. Tow. Gin. Składkę mają zbierać skarbnicy poszczególnych Towarzystw Gin. i przekazywać skarbnikowi Pol. Tow. Gin.

Prosimy Skarbników poszczególnych Towarzystw Gin., aby składki z roku 1930 i 1931 w łącznej sumie 20 zł. od każdego członka byli łaskawi przesłać do 1-go czerwca 1931 r. na ręce skarbnika Pol. Tow. Gin. D-ra Bruna Wojciechowskiego (Kraków, Siemiradzkiego nr. 1).

Dokładny program Zjazdu rozesłany będzie w odpowiednim czasie.

Gospodarz Zjazdu:
(—) *Doc. Dr. January Zubrzycki.*

Sekretarz Zjazdu:
(—) *Doc. Dr. Tadeusz Keller.*

POKŁOSIE TERAPEUTYCZNE.

W przypadkach bardzo uporczywego zakażenia dróg moczowych gronkowcem, nie poddających się zwykle stosowanemu leczeniu farmakologicznemu i szczepionkami, otrzymywano wyniki bardzo dobre i szybkie po zastosowaniu gonakryny. Wystarcza 1-2-3 wstrzyknięcia dożylne 2% roztworu gonakryny, w ilości 5 cm³ na dawkę.
(Gautier — Journ. d'Urologie Nr. 6, grudzień 1930).

M.

Redaktor odpowiedzialny: *Doc. Dr. A. Wojciechowski*
Wydawca: Spółka Wydawnicza „Wiedza Lekarska".
Adres redakcji i administracji Warszawa, Kaliska 9. Tel. 724-39.
Prenumerata z przesyłką rocznie zł. 8, kwartalnie zł. 2. Konto P. K. O. 15.785.

			1/1 str.	½ str.	¼ str.
Ogłoszenia:	zewnętrzna strona okładki	zł.	450.—	250.—	135.—
	bezpośrednio przed tekstem	„	350.—	200.—	120.—
	2-ga i 3-cia strona okładki	„	350.—	200.—	120.—
	pozostałe	„	300.—	170.—	95.—

ZAKŁ. GRAF. PRAC. DRUK., WARSZAWA, NOWY-ŚWIAT 54, TEL.: 615-56 I 242-40.

ANTIPYRETICVM
ANALGETICVM

CRYOGÉNINE LUMIÈRE

Żadnych ubocznych działań.

NAJPEWNIEJSZE, a NAJŁAGODNIEJSZE DZIAŁANIE



przeciwgorączkowe

SZCZEGÓLNIE W

gruźlicy.

DAWKOWANIE: *DOROŚLI*: 1,0 — 2,5 grm. „*pro die*“.
DZIECI: ZALEŻNIE OD WIEKU.

NAJSKUTECZNIEJSZY ŚRODEK

przeciwbólowy

W DAWKACH (WIĘKSZYCH) 2,0—3,0 „*pro die*“

(w DNIE, POSTRZALE, NERWOBÓLACH, MIGRENIE i t. p.).



Postaci:

Pulvis Cryogénine do receptury: proszków, czopków, pigułek, zawiesin i t. p.

Comprimés { **Cryogénine** á 0,50 grm.
Cryogénine „ 0,25 „
W rurce 10 tabletek

Cachets { **Cryogénine** à 0,50 grm.
Cryogénine „ 0,25 „
W rurce 10 opłatków

Skład główny L. NASIEROWSKI, Kaliska 9.

HÉMOPLASE
Lumière

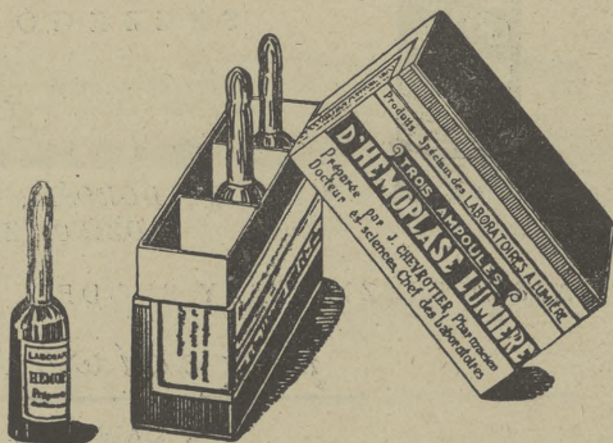
CAŁKOWITY WYCIĄG Z KRWI BARANIEJ,
ZWIERZĄT NAJBARDZIEJ ODPORNYCH NA GRUŹLICĘ.

Dzięki specjalnej metodzie przygotowania, HEMOPLASE zawiera w stanie niezmienionym, biologicznie czynnym: **oxyhemoglobinę, lipoidy, związki fosforowe, zaczyny krwinek, surowicę krwi.**

Działanie HEMOPLASE polega jednak nietylko na **ilościowym** wzbogacaniu ustroju składnikami leku, lecz **na pobudzaniu szpiku kostnego i krwinek do wytwarzania tych samych składników.**

WSKAZANIA:

GRUŹLICA,
ANEMJA,
BLEDNICA,
REKONWALESCENCJA,
CHARŁACTWO,
KRWOTOKI I STANY PO KRWOTOKACH



Postaci:



HÉMOPLASE AMPOULES à 10 cc. á 5 cc.; Niezawodny nawet w przypadkach **najuporczywszych.**
(Domięśniowo)

DAWKOWANIE: **Dorośli:** 2 lub 3 wstrzyknięcia po cc. tygodniowo; Dzieci od 5—8 lat— 2 razy tygodniowo po 2 cc.; od 8—13 lat—2 razy tygodniowo po 5 do 10 cc.

HÉMOPLASE DRAGÉES.

DAWKOWANIE: 6 — 10 drażetek dziennie podczas jedzenia.

HÉMOPLASE GRANULÉ postać ziarnista (z cukrem i wanilją)
(SPECJALNIE DLA DZIECI)

DAWKOWANIE:

Dzieci od 2—6 lat: 1 —3 łyż. dziennie, od 6—12 lat: 3—4 łyż. dziennie podczas jedzenia.

Skład główny L. NASIEROWSKI *Warszawa, ul. Kaliska 9, tel. 724-39, 630-42*

Próby i literatura na żądanie WPP. Lekarzy.